

UNIVERSIDAD DE MADRID
FACULTAD DE DERECHO



TESIS DOCTORAL

El seguro social en Hispanoamérica

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Miguel Ignacio Castro Álvarez

Madrid, 2015

Rd. 64.047

TE 643

1. Legación de la O. E. P. ?
2. Jurisdicción especial de la O. E. P. ?
3. Antecedentes de la O. E. P. ?
4. O. E. P. Internacional
5. Financiación
y sus perspectivas ?

EL SEGURO SOCIAL EN HISPANOAMERICA

Miguel Ignacio Castro.



BIBLIOTECA
DE DERECHO

Madrid. 1.966.

DIRECTOR DE TESIS.

DOCTOR CARLOS DEL PASO Y CALVO

PROFESOR ADJUNTO DE DERECHO DEL TRABAJO. 1ª CATEDRA.

I N D I C E

	<u>Páginas</u>
1. INTRODUCCION	1 - 4
2. LEGISLACION	5
2.1. Constituciones	6 - 12
2.2. Acuerdos internacionales	13
2.2.1. Convenios de la O.I.T.	13- 16
2.2.2. Convenio Multilateral de Quito 1958, de la O.I.S.S.	16- 17
2.2.3. Convenio multilateral de la ODHCA, Guatemala 1965	17- 18
2.2.4. Convenios Bilaterales	18- 23
2.3. Leyes Nacionales	23- 36
2.4. Convenios Colectivos	36
2.5. Jurisprudencia	37
2.6. Mutualismo	38- 40
3. EL CAMPO DE APLICACION	41- 44
3.1. Contingencias cubiertas	44- 49
3.2. Población obligada a la afiliación	49- 51
3.2.1. La población indígena	51- 55
3.2.2. Los trabajadores agrícolas	55- 65
3.2.3. Grupos especiales de población trabajadora	65
3.2.4. Periodos de trabajo anteriores a la obligación de la afiliación	66- 68
3.3. La aplicación geográfica	68
3.4. Cifras de afiliación	69- 71

	<u>Páginas</u>
	72- 76
4. FINANCIACION	76- 77
4.1. Contribución de los sectores	78- 80
4.1.1. Estado	81
4.1.2. Empleador	82
4.1.3. Trabajador	82- 84
4.2. Monto de las cuotas	84- 85
4.3. Otros recursos	86
4.4. Salarios tomados en consideración	87- 90
4.5. Recaudo y control de aportes	90- 91
4.6. Régimen financiero	91- 94
4.7. Inversiones	94
4.8. Presupuestos y balances	95- 98
5. GESTION ADMINISTRATIVA	98- 100
5.1. La función del Estado	100
5.2. Los órganos gestores	101-103
5.2.1. Las autoridades	103-104
5.2.2. La participación de los sectores ..	104-108
5.3. El control	107-108
5.4. Las sanciones	108-109
5.5. La jurisdicción	109-110
5.6. La prescripción	111-122
6. LAS PRESTACIONES SANITARIAS.....	122-127
6.1. Preventivas	127-132
6.2. Curativas por enfermedad	132-136
6.3. Curativas por maternidad.....	136-137
6.4. Curativas por accidentes de trabajo y enfer-	137-141
medad profesional	141-143
6.5. Hospitalización	144-147
6.6. Farmacéutica	147-148
7. LAS PRESTACIONES ECONOMICAS	148-150
7.1. Incapacidad temporal	151
7.1.1. Enfermedad	152-155
7.1.2. Maternidad	155-156
7.1.3. Cesantía voluntaria.....	
7.1.4. Accidente de trabajo y enfermedad	
profesional	

	<u>Páginas</u>
7.2. Incapacidad permanente	156-157
7.2.1. Vejez	157-160
7.2.2. Invalidoz.....	160
7.2.3. Accidente de trabajo y enfermedad profesional	161-162
7.3. Muerte	162-163
8. ASIGNACIONES FAMILIARES	164-165
8.1. Tipos de prestaciones	165-166
8.2. Administración	167
8.3. Cuantía de las prestaciones	167-168
8.4. Financiación	168
9. REHABILITACION	169-170
10. CUADROS SINOTICOS	171-194
11. CONCLUSIONES	195-204
12. BIBLIOGRAFIA	205- Final.

1.- INTRODUCCION.

Sea lo primero consignar mi recuerdo de admiración, reconocimiento y afecto para Don Eugenio Pérez-Botija, insigne profesor que me dirigió esta tesis. Su prematuro fallecimiento nos privó a sus alumnos y amigos de su patrocinio intelectual y del placer de su amistad.

La tesis está desarrollada según su sistema - de trabajo y su criterio en materia de tesis doctorales; trabajos cortos, sintéticos, sin exceso de palabras ni reiteración de conceptos; ideas propias maduras en muchas lecturas pero sin exceso de "reduciamo" que no -- agregan nada al trabajo y sí le quitan valor propio.

No puedo dejar de mencionar a mi amigo eminente profesor Don Carlos del Peño y Calvo que posteriormente ha patrocinado mi trabajo. Con especial dedicación él ha sabido hacerse cargo de la situación planteada a mi tesis y enfocar el examen de la misma teniendo presente la dirección extraña a él, lo cual implica métodos distintos de investigación y criterios diferentes de desarrollo del trabajo; sin embargo, con singular vocación y respeto a la persona del querido Maestro desaparecido, ha procurado suar criterios, y fruto de esta labor, es el presente trabajo.

La soluciones de tipo auténticamente nacional que actualmente se buscan a los problemas de transformación en que está empeñada hispanoamérica abarcan con -- igual interés a los seguros sociales. Así como se ha-- bla de hacer una reforma agraria a la colombiana o una reforma tributaria a la venezolana, etc., también se es-- tima que un sistema de seguros sociales debe tener fien-- nomía esencialmente nacional.

Lejos están los días en que se importaban le-- yes de otros países --Alemania, Checoslovaquia, Gran Br-- taña, etc.-- y se traducían literalmente para ser implan-- tadas en zonas de tan distinta índole, que en nada po-- dían equipararse a los países de origen.

Actualmente en hispanoamérica sin olvidar los principios sociales y técnicos que son esenciales a to-- do sistema científico, las leyes se dictan o sus refor-- mas se orientan, mirando a la modalidad propia del país y así no se olvidan el medio geográfico, las posibilida-- des asistenciales, el desarrollo económico, la "explo-- sión demográfica", los índices culturales, etc. De to-- das estas consideraciones salen normas más autóctonas, -- quizá menos ambiciosas pero sí más reales, que permiten afirmar que el desarrollo del seguro social es menos es-- pectacular en la letra, pero más efectivo en sus reali-- zaciones.

Los grandes problemas que se presentan a los seguros sociales de los países más desarrollados, también aparecen en nuestras naciones; pero ya no se trasplantan soluciones ajenas sin consulta, sino que se estudian los mismos problemas en los distintos medios buscando la solución adecuada. Esto ha traído como consecuencia que se está creando un fondo de soluciones de tipo hispanoamericano totalmente propio. También y por lo anteriormente-dicho, nuestros países empiezan a contar con un cuadro de técnicos que se han creado dentro de la problemática de sus propios sistemas y que con las experiencias adquiridas, con la práctica, pueden darse asistencia técnica-mutua con gran conocimiento de causa.

Ciertamente para llegar a esta favorable situación que comienza, han prestado sus servicios las instituciones internacionales que como la OIT, la AISS, la OISS y la CISS, en la medida de sus posibilidades y que acudieron a crear las disposiciones legales y los organismos de seguros sociales. Unas y otras, tanto las de tipo regional como las especializadas, cada vez más se convencen de la necesidad de estudiar los problemas con criterio nacional y en las conferencias internacionales, principalmente en las de tipo regional, se destaca la necesidad de esta orientación.

Ver la formación propia de este seguro social de tipo hispanoamericano que ahora empieza a tomar cuerpo estructurado autónomo, es la razón de este estudio;—

y para el mejor orden en su desarrollo, nos fijaremos -- principalmente en los siguientes aspectos: legislación, campo de aplicación, gestión administrativa, financiación, prestaciones sanitarias, prestaciones económicas, asignaciones familiares, rehabilitación. Finalmente incluimos una serie de cuadros sinópticos por países que resumen y complementan el trabajo.

2.- LA LEGISLACION de los seguros sociales en hispanoamérica se puede calificar ciertamente de técnica y moderna: menos ampulosa que la de otros países, actualmente se tiende a dictar textos íntegros e inclusive Bolivia ha dictado un Código de Seguridad Social en 1.956. Las más antiguas disposiciones de regímenes contributivos son las de Chile de 1.924 y luego las de Ecuador y Perú de 1.928 y 1.936, respectivamente. Pero de estas leyes ya no queda en vigencia ninguna disposición, pues sucesivas reformas o textos completos totalmente nuevos han sido dictados.- Es innecesario advertir que a estos primeros preceptos - de sistemas contributivos de previsión social, anteceden leyes de prestaciones a cargo de los patronos para toda suerte de contingencias especialmente accidentes de trabajo, maternidad, enfermedad, etc.

Generalmente estas disposiciones, nacen al mismo tiempo que los países a su independencia. Gran parte de las leyes que regían durante el dominio español en lo relacionado con la regulación del trabajo, no son derogadas, sino que por el contrario se reafirma su vigencia y continuidad en las repúblicas, por ejemplo, en todo lo -- concerniente a la tutela y garantía del trabajo de los -- indios.

Dentro de este capítulo de legislación, estudiaremos las distintas fuentes que conforman el conjunto

general del cuerpo legal: Constituciones nacionales, -- convenios internacionales, leyes fundacionales, reglamentos de contingencias, reglamentos especiales, convenios colectivos, mutualidades, jurisprudencia.

2.1. Las Constituciones Nacionales dictadas -- en el siglo pasado no consideran en sus títulos referentes a las cuestiones sociales y laborales los asuntos -- relacionados con los seguros sociales. Así, por ejemplo, de las actualmente vigentes la colombiana de 1.886 y la argentina de 1.853; sin embargo ésta última en su reforma de 1.957 establece: Artº. 14 bis "El Estado otorgará los beneficios de la Seguridad Social que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley -- establecerá: el Seguro Social obligatorio, que estará -- a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda -- existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral a la familia; la -- compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna". Además el artículo 67, inciso 11 establece: "Corresponde al Congreso: dictar los códigos civil, comercial, penal y de minería y del trabajo y seguridad -- social, sin que tales códigos alteren las jurisdicciones locales, correspondiendo en aplicación a los tribunales federales o provinciales, según que las cosas o

las personas cayeren bajo sus respectivas jurisdicciones".

Por el contrario las Constituciones más recientes como las de Venezuela de 23 de enero de 1.961, la de Honduras de 1.965 y la de la República Dominicana, de 28 de noviembre de 1.966 establecen muy expresamente disposiciones sobre seguros sociales. La de Venezuela en su artículo 94 dice: "En forma progresiva se desarrollará un sistema de seguridad social tendiente a proteger a todos los habitantes de la República contra infortunios del trabajo, enfermedad, invalidez, vejez, muerte, desempleo y cualquiera otros riesgos que puedan ser objeto de previsión social, así como contra las cargas derivadas de la vida familiar. Quienes carezcan de medios económicos y no estén en condiciones de proveérselos, tendrán derecho a la asistencia social mientras sean incorporados al sistema de seguridad social".

Honduras en su Carta fundamental de 1965 dice en sus artículos 139, 140 y 141 lo siguiente: artículo 139: "Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de asistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. -- Los servicios de Seguro Social serán prestados y admi-

niestrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y cubriendo los casos de enfermedad, maternidad, subvenciones de familia, vejez, orfandad, paro forzoso, accidente de trabajo y enfermedades profesionales, todas las demás contingencias que afecten la capacidad de trabajar y consumir. La ley promoverá el establecimiento de tales servicios a medida que las necesidades sociales lo exijan. El Estado creará instituciones de asistencia y provisión social". El artículo 140 dice: "La ley regulará los alcances, extensión y financiamiento del régimen de seguridad social. El Estado, los patronos y trabajadores están obligados a contribuir al financiamiento y a facilitar el mejoramiento y expansión del seguro social". El artículo 141 dice: "Se considera de utilidad pública la ampliación del régimen de seguridad social a los trabajadores de la ciudad y del campo".

En la novísima Constitución de la República Dominicana de 28 de noviembre de 1.966 encontramos parecidas declaraciones fundamentales. En el Título II, Sección I, de los Derechos Individuales y Sociales el Artículo 8 dice: "Se reconoce como finalidad principal del Estado la protección efectiva de los derechos de la persona humana y el mantenimiento de los medios que le permitan perfeccionarse progresivamente dentro de un orden de libertad individual y de justicia social, compatible con

el orden público, el bienestar general y los derechos - de todos. Para garantizar la realización de estas finalidades se fijan las siguientes normas: 11. La libertad de trabajo. La ley podrá, según lo requiera - el interés general, establecer la jornada máxima de trabajo, los días de descanso y vacaciones, los sueldos y salarios mínimos y sus formas de pago, los seguros sociales, la participación de los nacionales en todo trabajo, y en general, todas las providencias de protección y asistencia del Estado que se consideren necesarias en favor de los trabajadores, ya sean manuales o intelectuales 17. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la desocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez".

Otras Constituciones de este siglo como las - de México de 1.917, la de Perú de 1.933, la de Costa Rica de 1.949, la de Uruguay de 1.952, establecen normas precisas sobre seguros sociales. México en el artículo 123 de su constitución establece "Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del seguro social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otras con fines análogos". Perú en la Carta de

1.933 en su artículo 48 dice: "La ley establecerá un régimen de provisión de las consecuencias económicas de la --desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte; y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros, y las cooperativas". Costa Rica en el artículo 73 de su Constitución de 1.949-- fija que "Se establecen los Seguros Sociales en beneficio de los trabajadores manuales e intelectuales, regulados --por el sistema de contribución forzosa del Estado, patronos y trabajadores, a fin de proteger a éstos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás contingencias que la ley determine". Uruguay -- en su Constitución de 1.952, artículo 67 establece: "Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados y obreros, retiros adecuados y subsidios para -- los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc.; y a sus familias en caso de muerte la pensión correspondiente. La pensión a la vejez constituye un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carencia de recursos para subvenir a sus necesidades vitales".-- La nueva Constitución de 1.966 tiene vigencia desde el 15 de febrero de 1.967.

Finalmente y aunque no veremos muy especialmente el sistema español no podemos menos de citar dos preceptos fundamentales, uno del Fuero de los Españoles, y el segundo del Fuero del Trabajo que tienen la categoría de Leyes Fundamentales de la Nación según declaración -- del artículo 10 de la Ley de 26 de julio de 1.947 pudiéndose sólo derogarlas o modificarlas además del acuerdo -- de las Cortes, por Referendum de la Nación.

El Fuero del Trabajo de 1.938 dice en el capítulo X: "1. La previsión proporcionará al trabajador la seguridad de su amparo en el infortunio. 2. Se incrementarán los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzoso, tendiéndose a la implantación de un seguro total. De modo primordial se atenderá a dotar a los trabajadores ancianos de un retiro suficiente". El Fuero de los Españoles de 1.945 establece en su capítulo II N°. 28: "El Estado Español garantiza a los -- trabajadores la seguridad de amparo en el infortunio y -- los reconoce el derecho a la asistencia en los casos de -- vejez, muerte, enfermedad, maternidad, accidentes del -- trabajo, invalidez, paro forzoso, y demás riesgos que -- puedan ser objeto de seguro social".

De las citas anteriores y del resto de textos constitucionales de hispanoamérica podemos deducir que --

el derecho a la seguridad social es un concepto que definitivamente ha quedado incorporado dentro de los principios fundamentales y garantías sociales de los trabajadores de todos los países. A medida que las Cartas fundamentales o sus reformas son más recientes se va observando que las disposiciones al respecto son más claras, más completas y más técnicas. La vaguedad de los conceptos - y alguna impropiedad en los términos de los preceptos más modernos desaparece en posteriores textos. Pronto - se llega a puntualizar rasgos fundamentales y técnicos - del sistema. Así hemos visto cómo se fija la clase de - trabajadores que serán obligados al seguro; trabajadores manuales e intelectuales; también se determina las contingencias que han de cubrirse: enfermedad, maternidad, - invalidez, vejez, muerte, paro, etc. Otros preceptos fijan el sistema de financiación; contribución del Estado, empleador y trabajador. Dos constituciones (Honduras y Nicaragua) fijan por precepto fundamental la gestión por un organismo nominado en el mismo texto constitucional. - Y Nicaragua también en su Constitución de 1950 llega a - determinar detalles de prestaciones como cuando fija". - A la mujer embarazada un reposo de 20 días antes y 40 - después del parto". Es pues, repetimos, la seguridad social un concepto de marcada universalidad hispanoamericana dentro de los derechos fundamentales de los habitantes de nuestra región.

2.2. Los acuerdos internacionales son otra fuente importante legislativa en los seguros sociales hispanoamericanos. Estos Acuerdos se refieren principalmente a los Convenios de las Conferencias Internacionales del Trabajo (OIT); los acuerdos multilaterales de organismos regionales como la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y Organización de Estados centroamericanos (ODECA) y los acuerdos bilaterales. Además están las Recomendaciones de la Conferencia Internacional del trabajo, de la Asociación Internacional de Seguridad Social -- (AISS), de las Conferencias Regionales Americanas de los Estados Miembros de la OIT y de la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social (CISS), recomendaciones éstas que tienen un gran valor técnico y de estudio.

2.2.1. Los Convenios de la OIT no han tenido -- dentro de Hispanoamérica la ratificación y el cumplimiento que fuera de desear. Son muy pocas los convenios ratificados y de éstos menos aún los que se han plasmado en -- leyes nacionales.

Los Convenios ratificados son: el 2, desempleo; 3, protección a la maternidad; 8, indemnización del desempleo; 12, indemnización por accidente del trabajo; 18, enfermedades profesionales; 19, igualdad de trabajo; 24, seguro de enfermedad; 25, seguro de enfermedad; 40, seguro de muerte; 44, desempleo; 71, pensiones a la gente de mar;

96, oficinas de colocación; 102, norma mínima; 118, igualdad de trato.

Si estudiamos por ejemplo el más importante de estos Convenios, el 102 de 1.952, sobre norma mínima de la seguridad social vemos que solamente México y Perú lo han ratificado y si examinamos la legislación de estos países encontramos que lejos está de llegar a lo contenido en el Convenio. ¿Cuál es la causa de esta precaria situación relacionada con la ratificación de este Convenio clave?. En primer lugar que el Convenio en sí no ha tenido mucha aplicación en el mundo, ya que hasta la fecha sólo 16 países de cerca de 115 estados miembros de la OIT lo han ratificado. Además porque es difícil de cumplir y por consiguiente de ratificar. El Convenio es un Código y aunque tiene cláusulas que persiguen el poder adaptar estas normas a todas las regiones y países, en verdad por su carácter de no meramente declarativo sino de regulación, inclusive de detalle, lo hace desajustado a las realidades de todos los países. Habrá algunas naciones que pueden ratificar ésta o aquella parte de las prestaciones, pero no podrá hacerlo en cuanto a la obligación obligada a afiliarse, por ejemplo.

De los 23 Convenios aprobados por la OIT hasta 1.965 relativos a la seguridad social, Perú ha ratificado los Convenios números 8, 12, 19, 24, 25, 35, 37, 38,-

39, 40, 44, 55, 56, 70, 71, 88, 102. Después sigue Chile con los números 2, 3, 8, 12, 17, 18, 19, 24, 25, 30, - 36, 37, 38. México los números 8, 12, 17, 19, 42, 55, - 102. Argentina con 9, Uruguay con 8, Colombia y Nicaragua con 7, Ecuador con 3, Brasil y Panamá con 3, Bolivia y Guatemala con 2, República Dominicana, Honduras, El -- Salvador, Venezuela con 1 y Costa Rica y Paraguay ningún Convenio.

El Convenio relativo a Seguros Sociales más ratificado ha sido el 19 que se refiere a la igualdad de -- trato en accidentes de trabajo y que fué dictado por la Conferencia de 1.925. El Convenio 12 de 1.921 sobre indemnización por accidentes de trabajo en la agricultura ha sido ratificado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Guatemala, México, Nicaragua, Pa -- rá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Otros Convenios como el 8 de 1.920 sobre indemnización de desempleo en naufragio y el 17 de 1.925 sobre indemnización por accidentes de trabajo han sido ratificados por 7 países.

Algunos Convenios no han sido ratificados por ningún país, como el 48 de 1.935 sobre conservación de -- los derechos de pensión de los emigrantes y el 121 de -- 1.964 sobre prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Los demás Convenios son --

bre seguridad social principalmente los más modernos han tenido una o dos ratificaciones; así el 118 de 1.962 sobre igualdad de trato de nacionales y extranjeros. El balance no es nada halagüeño. Los gobiernos y los parlamentarios se resisten a ratificar los Convenios por temor a comprometerse demasiado y a dictar una legislación que no podrían establecer por las condiciones económicas, demográficas y sociales de sus países.

Las resoluciones y conclusiones de la OISS, Organización Iberoamericana de Seguridad Social son otra importante fuente de legislación. La OISS es "un organismo internacional, regional, técnico y especializado, encargado de promover el bienestar económico y social de los pueblos de Iberoamérica y Filipinas mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas de seguridad social". En sus cuatro Congresos de Madrid, Lima, Quito y Bogotá, ha realizado una gran labor en todos los aspectos de sus propósitos y para nuestro estudio nos basta señalar como norma positiva que rige en el grupo regional hispanoamericano el Convenio multilateral de Quito de 1.958, confirmado por el IV Congreso de Bogotá de 1.964 y ratificado por algunos de los Estados, miembros de la OISS, Paraguay, Perú, Ecuador, Colombia, España.

2.2.2. El Convenio Multilateral de Quito de la OISS, consagra el principio de la equiparación de trato-

para españoles y trabajadores de los países hispanoamericanos entre sí, en lo que se refiere a la seguridad social; garantiza la conservación de derechos adquiridos en uno de los países cuando el trabajador se traslada a otro país del mismo grupo regional. A estos efectos se establece la expresión de todo período de espera para efectos de prestaciones sanitarias y en urgencia se dará de todas maneras; se computarán los tiempos cotizados en cada país para el reconocimiento de los derechos a las prestaciones por invalidez, vejez y muerte; la institución que haya cotizado el último período es la que concede el beneficio con un monto igual a la suma de pensiones parciales de las diversas instituciones donde haya cotizado.

2.2.3. Las resoluciones de la ODECA, Organización de Estados Centro Americanos también han dado a la legislación de seguridad social hispanoamericana un valioso aporte. La ODECA es un organismo internacional creado para fomentar las relaciones económicas, sociales y políticas de los Estados Centroamericanos, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y asociada Panamá. Sus tareas y logros han sido especialmente valiosos en todos los órdenes, principalmente en el de la integración económica. En el orden social y más propiamente en el de los seguros sociales, tenemos el Convenio multilateral de seguridad social entre los Estados de Centroamérica aprobado por la II reunión del Consejo de-

Trabajo y Previsión Social de la ODECA, reunido en Guatemala en 1.965. El convenio comienza por definir que sólo es aplicable a los regímenes de seguridad social generales y especiales y no aplicables ni a la asistencia social, ni a los sistemas de prestaciones en favor de víctimas de guerra ni a las prestaciones cuya concesión no dependa de una participación financiera directa de las personas protegidas o su empleador.

La legislación aplicable para efectos de prestaciones de los trabajadores incluidos en el Convenio es la de la parte contratante, en cuyo territorio sean ocupados aunque residan en otro lugar; en caso de independientes, la legislación aplicable es aquella en cuyo territorio ejerzan su actividad profesional principal. El Convenio fija con particularidad las reglas referentes a las contingencias de enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en un Anexo I se fijan las cláusulas técnicas de aplicación para los seguros de invalidez, vejez y supervivientes; este Anexo I entra en vigor solamente para los Estados que específicamente lo ratifiquen mediante una declaración que se comunique al secretario de la ODECA.

2.2.4. Los Convenios bilaterales no han tenido mucho desarrollo en Hispanoamérica. Es sabido que estos-

convenios hacen entre dos Estados en virtud de que uno de los dos, o ambos, soporten dentro de su territorio importantes contingentes de trabajadores del otro. Principalmente estos casos se dan en estados fronterizos. En hispanoamérica no se da el caso de España y Francia o de Italia y Alemania o Suiza, por ejemplo. Las masas migratorias de trabajo entre Colombia y Venezuela, o entre Colombia y Ecuador o Perú y Chile, que son las que más cuentan, son, sin embargo, muy pequeñas. En la zona en que realmente se da este fenómeno es en Centroamérica, pero ya vimos que allí funciona un Convenio multilateral patrocinado por la ODECA.

Fuertes corrientes migratorias en el presente - siglo sólo ha habido hacia Argentina, Chile, Brasil y Cuba, pero con el tiempo estos trabajadores, principalmente europeos (Italia y España), son cada vez menos numerosos y el problema por tanto es menos importante. Justamente y esto puede conducirnos a un círculo vicioso, además de las condiciones favorables de trabajo en algunos países europeos, Alemania y Francia, que absorben los sobrantes de otros países europeos como España, Italia y Grecia, -- también se tiene como causa de la disminución de la emigración a América, el abandono de una seguridad social en marcha al no poder hacer valer los derechos de aportes -- efectuados en los países de origen.

Argentina principalmente, se ha preocupado por este aspecto y así ha firmado dos Convenios bilaterales de Seguros Sociales, uno con Italia y otro con España.

La Convención firmada entre Argentina e Italia en 1.961 se aplica a las legislaciones italianas sobre seguro de invalidez, vejez y sobrevivientes, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; enfermedad y maternidad, tuberculosis. En Argentina se aplica la Convención a las legislaciones sobre invalidez, vejez y muerte; accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; maternidad.

El acuerdo ampara a los ciudadanos argentinos en Italia y a los ciudadanos italianos en Argentina en la extensión en que determine la legislación del país -- donde se resida y con las obligaciones de la legislación del país que dá la prestación.

Los derechos en vía de adquisición por aportes efectuados en uno de los países se pueden hacer valer, -- sin limitación alguna, en cualquier lugar donde residiera. El Convenio se refiere principalmente a las prestaciones por invalidez, vejez y muerte, ya que otras contingencias no tienen una amplia cobertura en Argentina y así puede decirse que, salvo un incipiente sistema de -- prestaciones por maternidad, las prestaciones sanitarias en general no existen.

Las prestaciones económicas para estos seguros de pensión se determinan sobre la base de las disposiciones vigentes respectivamente en cada uno de los Estados, teniendo en cuenta los períodos de seguro cumplidos en ambos Estados. Examinado el expediente y visto que el trabajador o superviviente tienen derecho a la prestación de acuerdo con su legislación, en cada uno de los Estados; entonces cada Instituto hace una liquidación teórica y sobre esta base la entidad de previsión establece el importe debido, en proporción a la duración de los períodos cumplidos bajo dicha legislación.

El Convenio de Seguridad Social entre España y Argentina fué firmado en Madrid en mayo de 1.966.

Este Convenio se acuerda en el momento en que España está en transformación de su sistema de seguridad que parte de la Ley de Bases de diciembre de 1.963. Así pues, existe actualmente un régimen transitorio y próximo a entrar en vigencia un cuerpo legal nuevo. Esta situación es considerada en el acuerdo y se dicta una serie de disposiciones transitorias, sobre todo en lo relacionado con las normas de pensiones del mutualismo laboral.

En España, el Convenio se aplica en relación con la invalidez, vejez y supervivencia del régimen gen

ral y del mutualismo laboral; maternidad, enfermedad; accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; regímenes especiales. En Argentina se aplica a las legislaciones sobre invalidez, vejez y muerte; accidentes y enfermedades profesionales, maternidad.

Los trabajadores de ambos Estados tendrán los mismos derechos y las mismas obligaciones que los nacionales, en cuyo territorio se encuentran.

Los trabajadores de los Estados contratantes no pierden los derechos de su país de origen para efecto de prestaciones económicas por causa de invalidez, vejez o muerte o accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, al trasladarse al territorio de su propio Estado.

Los periodos de seguro y los periodos acumulados en virtud de la legislación de cada uno de los Estados contratantes son totalizados. En este caso las prestaciones se liquidarán determinando cada entidad gestora el importe de las prestaciones a que tendría derecho el interesado si los periodos totalizados se hubieren cumplido en su sola legislación propia; cada entidad gestora pagará sobre este total la cuota que corresponda a la proporción entre el periodo total y el tiempo de cotización en el suyo propio. El monto total de la prestación económica será la suma de los importes parciales de estas dos entidades gestoras.

El Convenio, además de un acta correspondiente al desarrollo de las negociaciones, tiene un Acuerdo Administrativo para su aplicación e incluye la redacción y aprobación de los formularios previstos para la tramitación de las prestaciones.

2.3. Las Leyes Nacionales forman como es natural, el conglomerado más importante de la legislación en general. Estas leyes son las que crean los sistemas con sus distintos aspectos de campo de aplicación, gestión, financiación, prestaciones, etc. Estos textos son los que estudiaremos más adelante al ver la fisonomía propia del seguro en Hispanoamérica. En este capítulo de legislación no entraremos a estudiar el contenido de las leyes que, como decimos, será visto en los capítulos siguientes. Ahora anotaremos las circunstancias de estos estatutos como fenómeno legislativo y su aparición dentro del conjunto de normas sobre seguros sociales.

Se puede anotar un primer período legislativo en nuestros seguros sociales que comprende más o menos diez años y que marca el avance inicial. Se comienza con la Ley 4054 de 1.924 de Chile, que, justamente es conocida en nuestros países como el primer estatuto legislativo orgánico y contributivo de seguros sociales. No es exagerado volver a advertir que antes de esta Ley de 1.924 hubo otras normas que regularon prestaciones de

ciales a los trabajadores en todos los países hispanos, pero que no constituyen en sí sistemas uniformes, orgánicos y contributivos, sino prestaciones parciales, no generales, a cargo de los empleadores. Dentro de este primer grupo están también las leyes de Ecuador de 1.928 y del Perú de 1.936.

Las leyes de estos tres países forman el primer período legislativo de seguros sociales Hispanoamericanos. Dentro de sus artículos encontramos errores, fallos técnicos, prestaciones muy modestas, etc., pero de todas maneras tienen el mérito de haber llevado la labor del impulso inicial.

La ley 4054 de 1.924, como todas las que en Europa se dictaron a finales del siglo pasado y comienzos del presente, tomó como modelo las leyes alemanas. Quizá demasiado textual fué la traducción, ya que como afirma el autor chileno E. del Fierro Conat, se tradujeron errores de la ley alemana inicial que este país ya había corregido cuando se dictó la ley chilena. La ley 4054 es una sucinta ley de bases; en sus 23 artículos se declaran los principios fundamentales del sistema y se autoriza al ejecutivo para desarrollar todos estos postulados generales. El campo de aplicación es amplio y comprende a los trabajadores por cuenta ajena, a los independientes y a los aprendices nacionales y extranjeros

que perciban una remuneración de económicamente débiles cuya renta fuera inferior a \$ 12.000 anuales. Como organismo gestor se crea la Caja de Seguro Obligatorio encargada de la administración del seguro y desarrollo de la Ley y del recaudo de aportes igual a un 7% de los salarios como cuota obrero patronal, además de rentas especiales del Estado. Las prestaciones sanitarias son ya - en esa entonces muy amplias, inclusive la farmacéutica; se da la atención hasta 26 semanas, prorrogables a otras 26. Las prestaciones económicas son menos generosas y para las pensiones de vejez se podía escoger entre el sistema de cuotas cedidas y el de cuotas reservadas. El segundo de estos sistemas llevaba implícita la devolución de cuotas capitalizándose sólo una mínima parte de los aportes. La pensión se otorgaba a los 55 años y un periodo muy pequeño de aportes. Esta ley con varias reformas tuvo su vigencia hasta 1.952, año en que se dictó el nuevo régimen de los seguros sociales chilenos -- por medio de la ley 10.383, que crea el Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social.

La ley ecuatoriana de 1.928 sobre jubilación, Montepío civil, Ahorro y Cooperativa fué menos ambiciosa que la anterior chilena. Los fallos técnicos son más apreciables, sobre todo en el aspecto financiero y de prestaciones. El Gobierno y el Parlamento decretaban pen

siones a cargo del sistema sin siquiera la afiliación de los favorecidos y las pensiones se otorgaban por tiempos de servicios, sin que influyera en su monto el período de aportes. La población llamada a afiliarse fué muy reducida.

La Ley Peruana de 1.936 es más estudiada; sólo se refería a los obreros y para administrar el régimen se creó la Caja Nacional de seguro social que más tarde administraría temporalmente también el Seguro del Empleo. Este sistema peruano tuvo la iniciativa de construir, antes de iniciar el pago de aportes por los obreros, una red de establecimientos asistenciales muy importantes -- con el financiamiento de la cuota de los empleadores que era un 2 % de los salarios de sus trabajadores. Las prestaciones eran las normales correspondientes a las contingencias de enfermedad, maternidad, invalidez y vejez.

Estos tres regímenes forman, como dijimos, el primer período de los seguros sociales hispanoamericanos. Sus fallos son debidos a la inexperiencia de ese entonces que aún en países más avanzados y de larga trayectoria mutuel también encontramos. Sin embargo, para la época y dado el desarrollo de nuestros países, puede decirse que fué un verdadero acierto su establecimiento y aún más dentro del conjunto de países, abrió el camino para la implantación del sistema en otras naciones.

El segundo periodo marca el gran momento de los seguros sociales en Hispanoamérica. Son los años 40, cuando la OIT se traslada a Montreal, en que se digtan legislaciones de seguros para todos los paises. Es también una etapa de más estudio, en la que ya se encuentran disposiciones propias para nuestro medio, en que se copia menos de afuera, aunque todas las leyes de los distintos paises salgan por el mismo molde.

Colombia dicta la Ley 90 de 1.946, Costa Rica la Ley 17 de 1.941, Cuba crea un sistema de múltiples - Cajas como la de los Azucareros en 1.941; abogados en 1.947; empleados y obreros del comercio en 1.949; médicos en 1.943; obreros y jornaleros del Estado en 1.946; odontólogos en 1.949; tabacaleros en 1.946, etc. El -- Salvador dicta la Ley de 28 de septiembre de 1.949. Panamá, Ley del 21 de marzo de 1.941. Paraguay decreto-ley 17.071 de 1.943. México, ley de 31 de diciembre - de 1.942. República Dominicana, Ley 1.373 de 1.947. Venezuela, Ley del 14 de junio de 1.940.

Argentina, con algunos antecedentes de regimenes particulares para personal del Estado en 1.904, ferroviarios de 1.919, etc., establece en 1.944 la Caja - de jubilaciones para el personal del comercio que con - la Caja del personal de la industria, establecida en -- 1.946, forman el gran porcentaje del sistema jubilatorio

argentino. Posteriormente se crean las Cajas de jubilaciones de marítimos y aeronáuticos en 1.946 y en 1.954, - trabajadores rurales e independientes.

Pero dentro del sistema disperso y plural argentino, debemos destacar la creación en 1.944 del Instituto Nacional de Previsión Social encargado de unificar el sistema de previsión.

Bolivia es el único país hispanoamericano que tiene un Código de Seguridad Social. Antecedente de este Código es el Decreto-Ley de octubre de 1.951 por el cual, se establece el seguro social y se crea la Caja de Seguros Sociales. Ya antes hubo un intento de previsión cuando en 1.935 se dictó un decreto creando la Caja de Seguro y Ahorro obrero. El Código de Seguridad Social de Bolivia, es un estatuto orgánico, muy completo y contempla todas las materias de seguros sociales fué dictado en 1.956, consta de 296 artículos dividido en ocho títulos referentes a Seguridad Social, Préstamos, Organismos familiares, Régimen económico y financiero, entre sí, jurisdicción, Disposiciones generales, disposiciones transitorias.

Peró, después de la creación de su seguro obrero de 1.936, de que ya hablamos, establece en 1.948 el seguro social para los empleados y en 1.941 se dictan --

los reglamentos generales de las leyes de 1.936. Ecuador en 1.942, dicta una Ley sobre seguro social obligatorio, que deroga la primitiva de 1.928.

Guatemala con su Ley de 1.946 y principalmente con el reglamento sobre protección relativa al accidente en general de 1.949 marca el final de este segundo período en que, como dijimos, casi todas las países de hispanoamérica establecen los seguros sociales. Esta Ley de Guatemala enlaza los dos períodos, el segundo y el tercero actual o de reformas que aún está en marcha. La Ley y el Reglamento de Guatemala, establecen ya diferencias fundamentales con el resto de legislaciones. Se establece el seguro para todos los habitantes del país que sean parte activa del proceso de producción de artículos o servicios.- La modalidad, tan propia ahora del desarrollo por etapas del sistema se establece también en esta Ley y se fijan orientaciones para la formación de esas etapas. Las prestaciones se otorgan independientemente de la causa que originó la enfermedad o incapacidad y por tanto se incluyen dentro de un solo grupo las prestaciones por accidentes de trabajo y accidentes comunes, enfermedades profesionales y enfermedades comunes. La financiación para el seguro de accidentes en general que, como decíamos comprende los de trabajo y comunes, está a cargo de los trabajadores, empleadores y Estado, apor-

tando por tanto, los trabajadores, al seguro de accidentes de trabajo. La gama de prestaciones sanitarias y -- económicas es muy extensa, determinando la Ley expresamente que "las labores de prevención y protección contra accidentes tienen mayor importancia aún que el propio -- tratamiento y rehabilitación".

El tercer período, que es el actual, es el de las grandes reformas. Chile inicia esta etapa en 1.952 como es el primer período anticipadamente. Brasil nos muestra con su nueva Ley de 1.960 la forma de estructurar un sistema plural que era el tradicional suyo. Cuba trae a América en 1.962 un concepto socialista y estatal del seguro y Venezuela este año de 1.966, nos ofrece su nueva Ley con fundamentales reformas consistentes en gran ampliación del campo de aplicación, régimen financiero de reparto y prestaciones por invalidez, vejes y muerte.

La Ley chilena 10383 de 1.952 establece un -- nuevo concepto del seguro social en América; desde luego es una fundamental reforma y una orientación totalmente opuesta a la Ley 4064 de 1.923 y sus reformas. Si la orientación anterior fué alemana, ésta puede decirse es una Ley influida por el seguro social inglés. La mayor semejanza con este sistema es la creación de un Servicio Nacional de Salud que incorpora al seguro social-

de enfermedad y maternidad, propiamente dicho, la beneficencia pública, la asistencia social, la protección a la infancia, la medicina preventiva. El Servicio Nacional de Salud es un ente entártico que lleva las funciones que tenían antes todas estas instituciones. El campo de aplicación para este servicio es pues amplísimo y toca con los límites de toda la población residente en el país.

La otra institución creada por la Ley es el Servicio de Seguro Social que reemplaza directamente a la Caja de seguro obligatorio; esta nueva institución está encargada de las prestaciones en dinero (salvo enfermedad-maternidad), principalmente de las de pensiones.

Para insinuar sobre la novedad de esta Ley, - además de lo dicho anteriormente, podemos agregar que el sistema de prestaciones es ampliado en la calidad y monto de las mismas, como por ejemplo con el servicio de medicina preventiva. El régimen financiero fué variado totalmente del sistema de capitalización al de reparto. Basta citar estos aspectos para darnos cuenta del cambio de orientación en la nueva ley. Al estudiar en posteriores capítulos los distintos aspectos del seguro veremos más a espacio las modalidades chilenas.

La Ley brasileña de 1.960 tuvo un gran proceso de gestación. El país siempre aspiró a terminar con el grave problema de la pluralidad de sistemas de provisión que traían como consecuencia una desigualdad odiosa en las prestaciones y todas las demás irregularidades que tal situación crea. Pero la fuerza de los gremios, que siempre fué muy grande, impedía que sus viejas instituciones fueran abolidas para crear una sola entidad de gestión; además Cajas muy bien estabilizadas financieramente, no querían renunciar a esta feliz situación y juntar su economía con otras Cajas que por mala administración o por estudios deficientes estaban desfinanciadas.

Brasil supo con su Ley 3.807 de 26 de agosto de 1.960, conseguir la unidad dentro de una pluralidad de gestión, uniformando las prestaciones, la financiación y la forma de gestión que dejó en manos de las antiguas Cajas, para que continuaran desarrollando todas la misma Ley.

La Ley brasileña de 1.960 vino a terminar con el caos de cerca de 300 leyes y decretos en vigor que regulaban de distinta manera el complejo seguro social-brasileño.

Pero en el proceso de unificación Brasil avanza

za aún más y dicta el Decreto-Ley núm. 73 de 23 de noviembre de 1.966 por el cual se unifican los actuales Institutos de Jubilaciones y Pensiones del país en una entidad nueva que se llama Instituto Nacional de Previsión Social (INPS). Así pues a partir de 1º de enero de 1.967 pierden todos los Institutos gremiales de provisión su personalidad jurídica y quedan todos como secretarías especializadas del nuevo Instituto Nacional de Previsión Social.

El nuevo gran ente gestor de la seguridad social brasilera es dirigido por un Presidente nombrado por el Presidente de la República.

Además del INPS como órgano ejecutivo del sistema general de provisión social el nuevo Decreto-Ley establece cuatro organismos de planeación, orientación y control que actúan también dentro del ámbito general de la provisión. Estos organismos son: Departamento Nacional de Previsión Social, Consejo de apelaciones de la Previsión Social, Juntas de Reclamos de Previsión Social y Servicio Actuarial.

La primera de estas entidades tiene a su cargo planear, orientar y controlar la administración de la provisión social. El Consejo y las Juntas de apelaciones son organismos para solucionar los litigios que-

se presenten por razón de la aplicación de la Ley.

Cuba dicta el 1º de mayo de 1.963 su Ley de - seguridad social ya dentro de las nuevas orientaciones socialistas de su régimen estatal. Cuba también padecía un desorganizado sistema pluralista de prestaciones, financiación y entes gestores.

Cuba dicta el 1º de mayo de 1.963 su Ley de seguridad social dentro ya de las nuevas orientaciones socialistas de su régimen estatal. Cuba también padece un desorganizado sistema pluralista de prestaciones, financiación y entes gestores y también hay un sentimiento -- unánime de unificación de más de cincuenta instituciones distintas de previsión social. El Banco de Seguros Sociales de Cuba fundado en 1.959 viene a ser el primer intento de unificación al incorporar en esta nueva entidad los regímenes de invalidez, vejez y muerte de los trabajadores por cuenta ajena. En 1.960 y en virtud de una reforma constitucional que establece que "La administración y el gobierno de la seguridad social estarán a cargo del Estado en la forma que determine la ley", se dicta una disposición por la cual, al organizar el Ministerio de Trabajo, se crea una dirección de seguridad social encargada de llevar la gestión de los seguros sociales.- Siguiendo este orden de ideas se dicta la Ley de 1º de -

mayo de 1.963 que contempla los distintos aspectos del seguro y se aparta del común denominador de los demás -- sistemas americanos.

Las contingencias contempladas son las comunes, excepto las asignaciones familiares y el paro forzoso -- por cuanto en un sistema colectivista no puede haber parados. Se considera trabajador a efectos de esta Ley -- al "propietario social de los medios de producción" y -- que recibe como remuneración "parte del producto social conjunto que el Estado destina para satisfacer las necesidades particulares de los miembros de la sociedad socialista".

La Ley fija un cuadro técnico de prestaciones -- en servicio, en especie y monetarias. No existe capítulo de gestión por ya estar encomendada al Estado, como -- sección del Ministerio de Trabajo y tampoco se contempla la financiación del sistema.

Finalmente Venezuela dicta su nueva ley el mes de julio de 1.966, que entró en vigencia el 1º de enero de 1.967. En la nueva ley el campo de aplicación ha sido ampliado a casi la totalidad de la población activa del país: urbanos y rurales, dependientes e independientes, -- eliminando los topes de salario e incluyendo grupos de -- población tradicionalmente olvidados como los agrícolas--

y pecuarios, trabajadores a domicilio, domésticos, trabajadores públicos, etc. El financiamiento corre a cargo de los trabajadores y empleadores con el aporte estatal para gastos de administración. La gestión es autónoma y las prestaciones son más amplias que en la Ley anterior.

2.4. Los Convenios colectivos son otra fuente importante en la legislación de seguros sociales. Puesto cada vez más la contratación individual de trabajo, los convenios colectivos son en la actualidad la gran realidad de la contratación laboral. En este marco de convenios se mueven todas las aspiraciones de los trabajadores y desde luego la de los seguros sociales. Varias son las formas en que actúan los convenios colectivos en los seguros sociales. Unas veces creando verdaderas normas como cuando se pactan nuevas prestaciones adicionales y así varios sistemas han llegado a tener la prestación de lactancia mediante este método Colombia, Perú, Ecuador. Otras veces reformando a favor del trabajador lo dispuesto por la Ley, como cuando el empleador se hace cargo del pago de los periodos de carencia en las prestaciones económicas por enfermedad común. Colombia, Panamá, Paraguay, Perú (empleados). Otras veces imponiendo la cobertura de un seguro, como en el caso de asignaciones familiares. En varios países se han tenido estos casos y son distintas las modalidades, aparte de las que aportamos, que se dan y que por su inmensa variedad no podemos reseñar.

2.5. La jurisprudencia es otra fuente, podemos decir que cuasi-legal, al interpretar las disposiciones positivas y darles claro alcance. Es bien sabido que en muchos países y sobre todo en materia laboral en la que tantos casos especiales quedan por resolver en la Ley, - la jurisprudencia entra a llenar este vacío.

Ciertamente la jurisprudencia en materia de Seguros Sociales es muy abundante en todos los países hispanoamericanos sobre todo en materia de prestaciones económicas por incapacidad permanente, bien sea de accidentes de trabajo o de enfermedad y también para las prestaciones por Vejez.

Los temas como puede pensarse son variadísimos tanto como conflictos personales puedan presentarse por razón de la aplicación de la Ley. Al repasar por ejemplo la jurisprudencia Argentina en materia de Seguros Sociales (Boletín del Instituto Nacional de Previsión Social) vemos cual es esta variedad. Cuestiones sobre afiliación, exclusión de trabajadores, aportes y contribuciones, apremios, artistas teatrales, Cajas de Previsión y su gobierno, cesantías por causas políticas, ceses de servicios, - convenios rurales, compensación por años de servicios, - competencias jurisdiccionales, contratistas de viñas, gastos de representación, intereses, reajustes de beneficios, trabajos de temporada, tambores medieros, etc., etc. Nil

temas de las más variadas materias como es de suponerse. Y así en todos los países.

2.6. El mutualismo es finalmente la última -- fuente legislativa que estudiamos. Una de las grandes causas de la dificultad para implantar el Seguro Social en nuestros países, fué la falta de espíritu de provisión social, de espíritu gremial en nuestras masas trabajadoras. Un tremendo individualismo y un desconocimiento de los beneficios de la unión, trajeron como consecuencia que los mismos trabajadores fueron en principio los más fuertes enemigos del seguro social. Esta incongruencia se debió a la ninguna experiencia antigua mutual. Los países hispanoamericanos llegan al seguro social sin ningún antecedente de mutualismo, ni de montepíos ni de ninguna otra forma de provisión social. -- Europa en cambio, edificó su seguro social sobre bases tan firmes y acreditadas como sus collegia, sus guildas, su rosalia y sus mutualidades y montepíos de la edad -- media.

Al producirse la fuerte emigración europea -- principalmente española e italiana hacia América del -- Sur y en especial a países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay, a finales del siglo pasado y parte del presente, estos trabajadores emigrantes llevaron la-

necesidad de su provisión social y al no encontrarla en América acudieron a las mutualidades; por esto en los países de fuerte corriente inmigratoria, encontramos el florecimiento de centros, montepíos, instituciones de provisión de tipo privado y contributivo que daban prestaciones principalmente sanitarias y económicas. Son los centros griegos, españoles, italianos, asturianos, gallegos de Cuba, Argentina, Uruguay, Chile y en menor escala Brasil.

Estas instituciones que tanto beneficio hicieron también retrasaron en estos países la implantación de un auténtico seguro social general y justamente en estos países: Argentina y Uruguay por ejemplo, es donde aún actualmente, no hay un seguro social de enfermedad. Ahora se está pensando en crear estos sistemas sin desconocer la existencia de las instituciones mutuales que ciertamente han prestado grandes beneficios al país.

En este orden de ideas vale también recordar cómo la iniciativa privada se ha adelantado en otros órdenes a las leyes. Si tomamos las asignaciones familiares vemos que en hispanoamérica se ha repetido el caso francés y belga de creación por cuenta de particulares de verdaderas Cajas de compensación que el Estado, al dictar sus leyes de asignaciones familiares, ha tenido que respetar por su anterior y buen funcionamiento, co-

mo en el caso de Colombia.

Son pues muchas, las disposiciones que hay - que estudiar para comprender el seguro social en hispanoamérica; muchas de ellas siguen una misma orientación. Sin embargo cada país, cada sistema tiene una peculiaridad que la define y la distingue. Ver estas diferencias, estudiar estos rasgos de especialidad, además de estudiar los derroteros comunes es lo que veremos en -- los capítulos siguientes.

3.- EL CAMPO DE APLICACION.

Así como los otros aspectos de los Seguros Sociales, en Hispanoamérica está limitado por las especiales condiciones geográficas, demográficas, económicas, sociales y sanitarias. Aunque las leyes den en la letra un campo de aplicación muy amplio, en la realidad éste se ve muy restringido por las circunstancias dichas. Las declaraciones legales en cuanto a la extensión del régimen, es una declaración de metas a conseguir después de varios años, ya que las leyes mismas fijan la necesidad de desarrollar el sistema por etapas y ésta es una de las más definidas características de los Seguros Sociales hispanoamericanos; el desarrollo por etapas de la aplicación de las normas.

Repetimos que todas las leyes fijan un campo de aplicación más o menos amplio. Guatemala en 1946 lo hace llegar hasta los límites de toda la población activa. Chile en 1952 igualmente incluye en su sistema toda suerte de trabajadores. Otras legislaciones como Colombia en 1946, Ecuador, 1964, Perú, 1963, lo establecen para la población activa por cuenta ajena y deja abierta la posibilidad de nuevos reglamentos para otros grupos como los agrícolas, los domésticos, etc. Pero en general, la tendencia es fijar un campo de aplicación amplio tal como lo hace por ejemplo la última ley dictada, la Venezolana en 1966, según ya vimos.

El sistema de etapas que se protocoliza como americano, se implantó primero en la práctica y luego las leyes lo llevaron en sus reformas o apareció en los nuevos estatutos. Leyes como las de Venezuela, Honduras, Costa Rica, Nicaragua, etc. determinan que la ley se desarrollará por etapas. Es más la ley Colombiana fija que el sistema debe comenzar a aplicarse por la cobertura de la contingencia de enfermedad-maternidad y la de Guatemala da ciertos factores que han de tenerse en cuenta para la fijación de estas etapas como culturales, de transportes, instalaciones sanitarias, etc.

Desafortunadamente este sistema no ha tenido un feliz desenvolvimiento porque si bien las leyes fijan que el Seguro se implante por pasos, tácitamente obliga a la fijación de esas etapas o sea a la elaboración de un plan que, en cierto número de años, cubra la totalidad de las obligaciones legales. No se han cumplido estos planes fuera de Nicaragua que, últimamente lo ha elaborado en 1964. Panamá comienza su sistema con los distritos de Panamá, Colón y David; luego vienen los distritos de Boquete, Chitré, Santiago, Agua Dulce, Natá y finalmente la Chorrera, Las Tablas, Bugaba. Colombia comienza con Bogotá al año siguiente Medellín, posteriormente el Quindío y últimamente Cali, Santa Marta y Bucaramanga. Los países van avanzando sin una meta fijada anualmente, sino al ritmo que buenamente vaya resultando. Una vez se suma una nueva contingencia, otras veces un nuevo sector geográfico.

Las etapas generalmente adoptadas, se refieren a cuatro aspectos: contingencias, territorio, grupos de población trabajadora, calidad y cantidad de las prestaciones. El criterio geográfico es el más utilizado; poco a poco va extendiéndose el sistema a nuevas regiones, -- tal el caso de las disposiciones que frecuentemente aparecen en Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Honduras, México, Venezuela. Las contingencias cubiertas también sirven para regular las etapas y así vemos que Colombia asume ahora los riesgos profesionales en 1.965. Lo mismo sucede -- con los grupos de población trabajadora; Paraguay incorpora a los servidores domésticos, en 1966, o se extienden las prestaciones en calidad y cantidad, Perú incorpora -- las prestaciones económicas a los supervivientes, en 1968.

Este sistema de etapas aunque inevitable, es -- lógico, que trae como primera grave consecuencia la de la dualidad de régimen laboral de prestaciones dentro no ya de un solo país, sino dentro de una misma ciudad o actividad. En Bogotá se empieza con industria y comercio en -- 1948 y luego se incorporan nuevos sectores. Los trabajadores de la industria o el comercio que están obligados al Seguro Social en esta ciudad, no lo están en una corregimiento. Rigen dos sistemas de prestaciones, el contributivo del Seguro Social y el patronal del código del trabajo o leyes laborales comunes.

Pero es que como ya dijimos, las condiciones -- geográficas, demográficas, económicas y sanitarias del --

país, no permiten establecer el Seguro de una vez con un criterio universal de territorio, de trabajadores y de prestaciones.

La geografía de nuestras naciones, con grandes distancias, con inmensas zonas despobladas y con densidades de población que muchas veces da hasta un habitante - por 10 kilómetros cuadrados, hace poco menos que imposible abarcar estos territorios y las personas que trabajan en él; vías de comunicación que se cierran completamente durante gran parte del año o que no existen; climas enormemente malesanos, etc., imponen las etapas. Y lo mismo se puede decir del aspecto sanitario. Ya vimos como Perú - tuvo que comenzar por instalar una red de instituciones sanitarias antes de comenzar a dar las prestaciones médicas y con un amplio período de deportes de los empleadores. Además debemos ver el aspecto del personal científico: médicos, enfermeras, etc. Todo esto que se verá más ampliamente al estudiar las prestaciones sanitarias, hace que los países en nuestros seguros, deban contarse poco a poco. Los factores económicos serán vistos también ampliamente al ver las prestaciones económicas.

3.1. Las contingencias cubiertas en nuestros seguros con las cláusulas de todos los sistemas nacionales.- Sin embargo, ya vimos cómo éste es un factor importante del desarrollo por etapas. Todos los países contemplan en su legislación casi todas las contingencias y no se lle-

gan a cubrir en algunos casos la mayoría de ellos. (En general, puede decirse que, ninguna contingencia está cubierta en todos los países y que no hay país que cubra todas las contingencias). El riesgo más desarrollado es el de enfermedad-maternidad; inclusive vimos cómo en algunas legislaciones (Colombia) la ley obligó comenzar la aplicación de la ley 90 de 1946 por este seguro. Es natural que este riesgo sea el más desarrollado ya que la salud es una de las primeras necesidades de todo estado y más de nuestras naciones tradicionalmente abandonadas y víctimas de mil endemias que el clima y las condiciones de vida favorecen. Pero estas prestaciones sanitarias de enfermedad-maternidad, no se hallan establecidas en Argentina ni Uruguay, quizá justamente por el gran desarrollo que en el mismo aspecto han tenido las mutualidades de tipo privado. No obstante, ante la justicia y necesidad de esta protección, los países dichos, tienen previsto un amplio seguro de salud en los planes y proyectos de ley que últimamente han elaborado. (Convendría matizar no es lo mismo el seguro privado que el social).

Los accidentes del trabajo venían siendo dentro de los seguros tradicionales, las prestaciones menos adscritas a las instalaciones del seguro. Esto tiene una explicación histórica y una económica. Las primeras leyes laborales que se dictaron en los países americanos fueron las que fijaban las indemnizaciones por acciden-

tes de trabajo; esta legislación se remonta a finales del siglo pasado y comienzos del presente. Así que antes que hubiera un sistema de seguro social muchos países habían fijado esta prestación de tipo indemnizatorio y no sanitario a cargo de los empleadores. El sistema de cobertura de esta prestación se hizo generalmente contratando -- los empleadores una póliza de seguros con una empresa -- privada que cubriera este riesgo en el monto que la ley obligaba. Al nacer los seguros sociales, se encontraron con el hecho de que esta contingencia estaba cubierta aunque parcialmente por seguros privados y los intereses -- económicos de estas empresas fueron y son aún, en algunos países, suficientemente fuertes para no permitir la pérdida de este lucrativo negocio. Desde luego la cobertura del seguro de accidentes por entidades de seguros -- privados es a todas luces injusta y antitécnica. Injusta porque no se puede tomar una dolencia humana tan desafortunada como motivo de negocio y de lucro y porque siendo un evento esencialmente social se puede volver de carácter individual para ganancia de unos pocos. Es antitécnica porque el factor lucro quita el interés humano a la prestación que se hace dispendiosa y porque prestaciones como la rehabilitación y readaptación tan esenciales en esta contingencia no se dan exactamente en los sistemas privados. Esta situación tiende a desaparecer con -- las nuevas leyes. También se da el caso que como Chile -- tenga una institución especial para cubrir este seguro --

con afiliación voluntaria, la Caja de Accidentes de Trabajo, o como Costa Rica que el riesgo esté fuera del seguro social para ser cubierto por el Instituto de Seguros que es una institución oficial que lleva la gestión de todos los ramos de seguros comerciales que es monopolio-estatal. En los países en que no hay seguro social de accidente de trabajo (Argentina) la prestación sigue dándose por los empleados directamente o contratado con una compañía de seguros privados, con las graves consecuencias e injusticias que ya vimos.

El problema de la cesantía involuntaria o paro forzoso tradicionalmente no se ha contemplado como uniforme en América hispana. Pese a grandes posibilidades laborales se han sentido la necesidad de este seguro. No obstante lo anterior, en la última década por las dificultades económicas de los países se ha venido a sentir por primera vez como fenómeno social el problema del paro forzoso en grupos apreciables de algunas actividades económicas y algunas zonas geográficas. Es por esto que ya varios países están estudiando el fenómeno, ya que ciertamente el paro ha aparecido con caracteres dignos de atención en América, Bolivia, Argentina, Perú, Venezuela están viendo esta situación. Seguro de paro existe propiamente en Uruguay y formas de indemnización muy semejantes a éste en Chile y Ecuador. Es pues, ésta la contingencia menos cubierta.

La más nueva de todas las formas de seguro en nuestros países es la de asignaciones familiares. Pronto ha tomado auge y en menos de diez años seis países tienen ya el seguro funcionando: Argentina, en 1957, Bolivia en 1953, Brasil, en 1963, Colombia, en 1957, Chile, 1953 y Uruguay en 1953.

Sólo Colombia, el Salvador, Guatemala y Honduras (Venezuela según su nueva ley lo tendrá desde el 1° de enero de 1967) no tienen dentro de sus seguros sociales, cubiertas las contingencias de invalidez, vejez y muerte. La dilación en asumir estas contingencias es por de más perjudicial para el sector laboral. Basta considerar la muerte de miles y miles de trabajadores que llegan a la edad de retiro sin una pensión y lo mismo puede decirse en relación de invalidez por larga invalidez común y pensión a huérfanos y viudas. Los fuertes capitales que estos seguros dejan a las instituciones, hace que se desarrollen rápidamente y así fueron generalmente los primeros asumidos, también por su facilidad en la administración y la ninguna complejidad en el otorgamiento de la prestación. La inversión de las reservas de estos riesgos sirvieron para el desarrollo de las prestaciones sanitarias y aún varios regímenes de pensiones van cubriendo los déficits de los seguros de salud. Ultimamente, con el cambio de régimen financiero, de capitalización a reparto, que se ha operado, con varias -

las instituciones que tienen separadas sus gestiones entre salud y pensiones.

Chile en materia de contingencias y en otros aspectos, tiene el mayor campo de aplicación cubierto; con su sistema de paro, no bien desarrollado y con la afiliación voluntaria a la Caja de Accidentes de Trabajo, órgano descentralizado, cubre, puede decirse, todas las contingencias. Uruguay también tiene un cuadro muy completo de contingencias, salvo enfermedad; Ecuador no contempla asignaciones familiares; Bolivia y Brasil no incluyen el desempleo. Otras naciones cumplen con menos contingencias cubiertas.

3.2. La población llamada a la afiliación en los textos legales es generalmente muy amplia. Vimos cómo el texto guatemalteco, incorpora al seguro todos los habitantes del país "que sean parte activa del proceso de producción de artículos o servicios". Bien es cierto también que esta misma ley dice a continuación que el seguro comenzará por un grupo más reducido de personas.

La realidad es que por lo general, las leyes establecen en principio, un régimen para los trabajadores por cuenta ajena, urbanos de la industria y comercio. Sólo pocos países tienen dentro de sus afiliados, porcentajes importantes de otros grupos laborales. Como excepción podemos mencionar el caso argentino en donde existen Cajas de jubilaciones para trabajadores rurales, para la

dependientes, para servicio doméstico, para empresarios: Estos sectores son afiliados en Cajas con personalidad jurídica independiente y patrimonio propio. Para efectos financieros las Cajas están afiliadas al Fondo Compensador que regula los superavits y déficits de las distintas Cajas como se verá en el capítulo de financiación. - Chile tiene una afiliación general e incluye trabajadores rurales e independientes. Uruguay también extiende sus servicios a los trabajadores independientes y a pequeña-masa de agricultores que hay en el país.

Por el contrario, las legislaciones de numerosos países hacen exclusión expresa de la afiliación, al menos para un desarrollo actual, de grandes grupos de población. Brasil exceptúa del sistema a los rurales y domésticos, aunque se prevé un régimen especial para estos grupos. Colombia excluye inicialmente a los trabajadores independientes y de hecho, al servicio doméstico, etc. Costa Rica excluye para su ejercicio actual a los independientes. En resumen puede decirse que en general la orientación es excluir y de hecho lo están los trabajadores independientes y los agrícolas. Además de ciertos grupos como los domésticos.

También hay otro factor de exclusión del seguro y es el del número de trabajadores que tenga la empresa; algunos países centroamericanos excluyen de la afiliación forzosa a aquellas empresas que tengan menos de cin-

co trabajadores, tal es el caso de Guatemala. Este sistema estudia los trabajadores más necesitados como son los de empresas más pequeñas que no tienen un gran liquidez económica y que desaparecen con gran facilidad sin ningún amparo para el trabajador. Además el número de trabajadores excluido es muy grande en porcentaje ya que la mayoría de las empresas son pequeñas. Para estos trabajadores sólo existe la posibilidad del seguro voluntario.

El factor salarial también es utilizado para excluir de la afiliación a los trabajadores que ganen una suma superior al tope fijado por la ley. Este factor se encuentra más para los seguros de enfermedad y maternidad que para las otras contingencias, pero Costa Rica, Rep. Dominicana, El Salvador, Colombia principalmente para los trabajadores independiente y algunos familiares.

Varios países como Colombia, Panamá, etc. fijan límite de afiliación, principalmente para los seguros de pensiones.

El seguro voluntario está establecido en todas las leyes para los grupos de trabajadores o personas exceptuadas que quieran ingresar en el sistema o que quieran permanecer en él cuando por cualquier circunstancia hayan dejado de estar asegurados.

3.2.1. La población indígena forma un grupo su-

meroso en México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia; en otros países existen pequeñas poblaciones indígenas que no pesan demasiado en el conjunto total y que además son más bien grupos de mestizaje que están siendo absorbidos por las ciudades; pero en los países mencionados sí son un fuerte porcentaje de la población total; en Bolivia y Guatemala por ejemplo, este porcentaje llega al 45% y en Perú a cerca del 30%; en menor escala en México, sobre todo por el amplio mestizaje.

Las características sociales, económicas y geográficas de estos grupos son muy similares en los diferentes países. Habitan generalmente en las zonas más difíciles de desenvolvimiento de la vida. Estas poblaciones han sido llevadas hasta allí por la presión permanente de latifundistas que abusando de la ignorancia y desamparo estatal se ha aprovechado para despojar repetidamente de sus tierras a los indios. La historia de estos despojos comienza desde la colonia cuando no obstante las leyes de indios, no se pudo impedir el desarraigo de los indios de sus tierras por conquistadores que desobedecían las justas y claras leyes de los reyes de España. Al venir la emancipación de las colonias, se produjo el mayor perjuicio, ya que con las ideas de libertad se despojó a los indios de la incapacidad que por las leyes de indios tenía para vender sus tierras y se produjo en los primeros años de las nacientes repúblicas la venta de las tig

rras de los indios a compradores inescrupulosos y así - fueron sucesivamente empujados hacia las altas mesetas - o hacia las zonas selváticas o hacia los desiertos estériles.

Este hecho geoesociológico se debe necesariamente al complejo de conquistado y de derrotado que surgió de el descubrimiento tuvo el indio. No fué siempre el indio taciturno, pasivo, indolente y de largas esperanzas; antes fué muy buen guerrero, gran trabajador, industrial y alegre. Sólo ha conservado su "malicia indígena" - que se adivina en el fondo de sus palabras, de sus actos y hasta de su mirada. Este complejo de frustración, de vencimiento dentro del marco geográfico tan difícil en que se desarrolló, con las consiguientes circunstancias, de desnutrición, analfabetismo, desnudez, endemias, mala vivienda y ninguna distracción contra el tedio, trajo como consecuencia una degeneración de la raza, de la economía y de las formase laborales en general.

Tradicionalmente fueron abandonados a su propia desventura estas poblaciones. Sin embargo, a partir de la segunda y tercera década de este siglo y gracias a un fuerte movimiento indigenista del continente, la civilización y los gobiernos volvieron los ojos hacia estos grupos y comenzaron a preocuparse por ellos. Hoy hay un verdadero sentido de redención de estos pueblos - y con numerosas las actividades nacionales e internacio-

nales que se dedican en favor de la población indígena de América.

Amplios programas nacionales como los de México, Perú, Bolivia, etc. y el programa Andino de la O.I.T. tienden a resolver poco a poco el problema.

La población indígena está llamada actualmente a la afiliación en todos los países donde existe esta situación. Realmente, la especial configuración laboral y socioeconómica de que hemos hablado ha hecho bastante dependiente la afiliación y el acceso efectivo de los indígenas al seguro social. Por eso ahora se buscan fórmulas que acepten un seguro social especial para estos grupos y que concuerde con especiales modalidades.

Así por ejemplo y aunque forme parte de un gran plan de seguro social agrario, debemos referirnos al sistema especial de seguridad social que, con el carácter de Plan Piloto se ha dictado en el Perú mediante el decreto supremo n° 14 de 26 de agosto de 1966. Este plan piloto conformado según los estudios realizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social del Perú y con la asesoría de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y a través del Instituto Nacional de Previsión Social de España, contemple la iniciación del Plan con la incorporación al seguro social de varias comunidades indígenas. Estas comunidades son la gran base para la elaboración de un plan especial de seguros sociales. El pri

mer paso y el más difícil que es el de la organización de las masas indígenas está dado ya con las comunidades que son ciertamente una realidad organizada muy importante, -- con la cual se puede contar en todos los órdenes. De estas comunidades existen cerca de 3.000 que copan la población indígena de más de 3.000.000 de personas. Las comunidades son organismos reconocidos por la ley que agrupan a los núcleos de población de un determinado sector geográfico y que regulan toda la actividad económica y laboral del grupo indígena propiciando el desarrollo de la región y del sector social. Con estas comunidades cuenta el decreto peruano para el desarrollo de su plan piloto y por esto se establece en él que existirá un convenio entre la Caja Nacional de Seguro Social y cada comunidad para efectos de la administración del sistema dentro del grupo indígena; así los recaudos, pagos de aportes, afiliación, etc. estarán a cargo de la comunidad, lo mismo que la forma y efectividad del otorgamiento de las prestaciones.

3.2.2. Los trabajadores agrícolas no están incorporados en general a los seguros sociales en Hispanoamérica, ya vimos cómo varias leyes hacen exclusión expresa de este sector laboral y cómo otras posponen su establecimiento para cuando el gobierno lo considere conveniente. Así fuera del sistema especial mexicano, de las Cajas de Jubilaciones para trabajadores rurales de Argentina y Uruguay, del régimen general chileno y pequeños grupos en Colombia

y Costa Rica, no existe una verdadera cobertura de este grupo de trabajadores.

Las razones de este abandono ya las hemos adelantado pero además debe decirse que el trabajador agrícola ha sido tradicionalmente abandonado por el estado. Por otra parte su desorganización, ya que los sindicatos campesinos son casi inexistentes, hace que el agricultor como elemento de agitación social en comparación con el trabajador urbano de la industria o comercio, pese poco o menos que nada.

Ciertamente la organización de un sistema de seguros sociales para el trabajador campesino tiene muchas más dificultades que en el sector urbano. No sólo está la dificultad en el otorgamiento de las prestaciones sanitarias ni en la mecánica del recudo y control de aportes; es que ciertos principios de técnica administrativa de los seguros en las ciudades no pueden aplicarse al campo.

El tema es de suma importancia y puede decirse que es el de más actualidad en el seguro de Hispanoamérica. En todas las reuniones que se celebran, ésta es una cuestión obligada, la asistencia técnica más solicitada a las organizaciones internacionales es para este asunto. Así en el IV Congreso Iberoamericano de seguridad social de la OISS de Bogotá 1964, después del estudio de una muy elaborada ponencia en la cual se contempla el tema en todos sus aspectos, la comisión respectiva dió una serie de conclusiones que proclaman la necesidad de incluir el tra

trabajador agrícola" a todas las prestaciones de corte y largo plazo de acuerdo con los objetivos y criterios del seguro general"; deberán estar incluidos todos los trabajadores cualquiera que sea su forma de trabajo: fijos, asalariados, eventuales e independientes. Para el caso en que el salario no pueda ser base de la financiación se deberá adoptar otro sistema como la contribución sobre la producción, extensión y clase de los cultivos, tajeo, carga fiscal o contribución única por cabezas. Es indispensable en el seguro social campesino el aporte estatal.

La realidad de lo especial del trabajo agrícola, tanto en sus formas de vinculación laboral como en salarios, jornales de trabajo, etc. han creado la conciencia de que ciertamente, la cuestión del seguro social campesino requiere una solución especial y distinta en algunos aspectos al régimen general de la industria, comercio y servicios.

De acuerdo con esta idea ya han sido elaborados sistemas como el mejicano y el plan piloto del seguro agrario del Perú.

Los proyectos más recientes de reformas generales, a los regímenes de seguros sociales en Chile, Argentina y Brasil, proveen esta modalidad en sus textos de 1966.

La situación actual del seguro para el campesino mexicano, tiene sus antecedentes en la ley general de 19 de enero de 1943; ya antes en 1917 la constitución re-

velacionaria de Querétaro, como ya vimos, había establecido en su artículo 123 que se considerara de utilidad social el establecimiento de Cajas de seguros populares de invalidez, vida, paro, accidentes, etc. En el artículo 6 de esta Ley se dió al Ejecutivo Federal la facultad de determinar en qué fecha serían llamados los trabajadores agrícolas, eventuales y temporales. En 1954 se dicta el reglamento que establece en plan experimental las modalidades del régimen del seguro social para los trabajadores del campo en los Estados de Baja California, Sonora y Sinaloa. Posteriormente en 1960 se dicta la disposición por la cual el régimen se hace general con las modificaciones que la práctica había aconsejado y que ya habían sido recogidas en la reforma de la ley general sancionada en 30 de diciembre de 1959.

En el régimen agrario quedan vinculados los trabajadores asalariados; los que pertenezcan a una cooperativa ejidal; otros trabajadores que no estén encuadrados en estas cooperativas como estacionales, medieros y aparceros, etc.

Las sociedades cooperativas de Crédito Ejidal y de Crédito Agrícola se consideran como patronos respecto de sus miembros para efectos de la ley.

Los trabajadores asalariados siguen el régimen general. Los trabajadores estacionales tienen un régimen especial de prestaciones sanitarias y económicas para ellos

y su familia. La financiación de estas prestaciones se hace mediante aporte de los patrones rurales y liquidada -- por jornada-trabajador; el Estado contribuye con un monto igual al del empleador y el trabajador no cotiza.

Los trabajadores encuadrados en cooperativas de crédito ejidal o local recibirán las mismas prestaciones del régimen general y aportarán anualmente, según tablas especiales de aportes, ya se dediquen a explotaciones agrícolas, ganaderas o forestales. El Estado Federal también aporta en este caso con una cuota igual ^{al} del trabajador.

Los trabajadores ejidatarios y pequeños propietarios no pertenecientes a sociedades locales de crédito ejidal o agrícola, tiene derecho a todas las prestaciones concedidas por el régimen general al trabajador y sus familiares dentro de modalidades especiales. La financiación del sistema se hace mediante aporte de los trabajadores del monto de la que sería cuota obrero-patronal siempre que exploten una propiedad de más de 20 hectáreas; para los propietarios de menos de esta extensión, el Estado aportará la mitad de la cuota total.

Un último aspecto interesante en el seguro social mexicano es el de la incorporación de los trabajadores y productores de caña de azúcar al seguro social. Esta explotación agrícola tiene características especiales por tener también un aspecto esencialmente industrial como es la producción de azúcar refinado; es decir, es un -

proceso en el cual están vinculados ejercicios esencialmente agrícolas e industriales pero dentro de zonas geográficas rurales. La cuestión tiene especial importancia tanto por las circunstancias anotadas como porque el fenómeno puede darse en otros cultivos como el café, el banano, el algodón que forman en gran parte de los países hispanoamericanos la actividad laboral del mayor porcentaje de la población agrícola de estos países. Podía pues, pensarse en un seguro agrícola con base en sistemas especiales para estos tipos de cultivos de grandes masas de trabajadores; un seguro social para cafeteros que incluyera trabajadores y productores; un seguro social para algodóneros e bananeros.

El primer paso dado en México en relación con los azucareros fué crear una pequeña contribución de un centavo por kilogramo de azúcar para auxiliar a la extensión del seguro a este sector.

Quedan incorporados en este sistema todas las personas que en alguna manera viven de la producción de azúcar, ya sea mediante trabajo asalariado o pequeño productor, colono, comunero, cooperativista, etc. Las prestaciones sanitarias a que se tendrá derecho son las mismas del régimen general. Los trabajadores estacionales tienen un cuadro de prestaciones especiales.

Las prestaciones económicas siguen la ley general pero se liquidan de acuerdo con un cálculo del ingreso promedio en relación al número de hectáreas cultivadas.

La financiación se obtiene mediante aporte de los productores de caña de azúcar y del Estado y su cuantía es del número de centavos por kilogramo de azúcar producido, resultante del cálculo presupuestal de ingresos necesarios para el pago de prestaciones, administración y demás. Las cuotas se revisan cada dos años.

El pago de los aportes se hace por las entidades rectoras de la industria azucarera del país que tiene bajo su control la compra de caña y venta de azúcar y así puede descontar lo que corresponda a cada sector por su contribución.

Otros trabajadores de industrias afines pueden ser incorporados como los de producción de alcohol, etc.

En España la nueva estructuración del seguro social que se contiene en la Ley de Bases de 28 de diciembre de 1963 previó la expedición de un régimen especial para los trabajadores del campo, que ahora acaba de dictarse mediante la Ley 38, de junio de 1966.

Además de las novedades introducidas en la Ley general de Bases y que se aplican en cuanto no contradigan el régimen general, la ley de seguro social agrario está dictada atendiendo las modalidades propias de este grupo laboral y la del actual momento de desarrollo económico y social de España. Se ha fijado especialmente el legislador en el fenómeno de la despoblación del campo -

por la emigración principalmente del trabajador joven y en número tal que no solamente se alivian los excedentes -- por las nuevas formas de explotación agrícola sino grandes masas que no se ven favorecidas en su actitud de labradores como sí lo están los de las ciudades en la industria, comercio y servicios.

El nuevo régimen especial agrario español da un vuelco total a lo que actualmente existía; la acción casi benéfica, la precaria financiación y las más modestas aún prestaciones ceden el lugar a un régimen en el cual se cumplen los postulados técnicos del seguro social y sobre todo el de redistribución de cargas y compensación a nivel nacional.

A este efecto la nueva ley otorga una protección casi igual para el trabajador agrícola como la tiene el de la ciudad y por este medio coopera a la continuidad del trabajador en sus tareas agrícolas.

El campo de aplicación es realista considerando trabajador agrario no solamente al que le dedica más o menos jornadas a las labores agrícolas, sino al núcleo económico que liga su vida a la labor agraria, obteniendo de este sector económico sus medios de vida. Dentro de este colectivo se diferencian pues sólo dos grandes grupos: el trabajador por cuenta ajena y el independiente, eliminándose cualquier otra división de trabajadores eventuales, jornaleros, por temporada, etc.

Las prestaciones están inspiradas en el sentido de que responden a las contingencias y necesidades -- más intensas de este grupo laboral. Dentro de este principio algunas prestaciones son como las del régimen general en otros casos menores y mayores para los independientes. La conservación de derechos por el paso de un sistema a otro es un aspecto resuelto por el nuevo régimen especial al establecer el principio del prorrateo -- por el tiempo servido en cada sistema.

La financiación se hace por aportes de cuatro sectores: el trabajador, el empleador, el Estado y el seguro social general en virtud de la solidaridad nacional. El régimen financiero es de reparto revisable.

Un aspecto novedoso en este régimen especial es el del mecanismo para fijar las cotizaciones de los -- distintos sectores. A los trabajadores dependientes y a los independientes se les fija el aporte determinando el porcentaje a aplicar sobre la base salarial de tarifa en que esté encuadrado por su calificación profesional. El aporte empresarial se fija en principio en forma global en función del censo general de trabajadores de las tarifas bases de los mismos y del tipo contributivo fijado -- por el gobierno. La cuota de cada empresa se determina -- en proporción a la imposición en la contribución territorial rústica y pecuaria (impuesto predial).

La gestión de este régimen especial se da a una mutualidad encuadrada en el Instituto Nacional de Previsión y con amplia representación de los sectores.

Porá por medio del citado decreto supremo n° - 014 de 26 de agosto de 1966, aprobó un sistema especial de seguro social agrario con el carácter de Plan Piloto y que fué elaborado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y el Instituto Nacional de Previsión de España.

El plan piloto ya aprobado, contiene inicialmente una serie de consideraciones generales sobre la necesidad de que los grupos campesinos sean organizados en comunidades o cooperativas que encaucen y hagan posibles las relaciones con las personas llamadas a la afiliación; además se requiere que la acción protectora sólo cubra inicialmente necesidades básicas y de urgente atención. Sobre estos postulados se llama a inscripción a las personas que estén organizadas en ligas, comunidades o cooperativas campesinas. La atención se dará a la población en general inscrita.

Las prestaciones sanitarias están orientadas a la promoción de la salud con educación sanitaria y familiar; a la protección a la salud con saneamiento ambiental e inmunización y protección materno-infantil; a la recuperación por la atención médica, farmacéutica, odontológica,

tológicas y hostiliaria; a la rehabilitación por la prevención y readaptación funcional. Las prestaciones económicas comprenden pensiones por invalidez y vejez y muerte que consistirá en gastos de sepelio y luto.

La financiación de este sistema se obtiene por los aportes de los miembros de las organizaciones comunales y del Estado calculados sobre un salario base. El recaudo y control de aportes se hace por la comunidad o cooperativa.

El órgano gestor es la Caja Nacional de Seguro Social que formalizará con la Cooperativa o Comunidad un convenio por el cual se fijan los aportes, beneficios, recaudo y control de aportes. A este efecto las Cooperativas cumplirán las funciones de elaborar los censos de afiliados; comunicar las altas y bajas que haya consecutivamente, hacer los aportes en tiempo fijado, pedir las prestaciones económicas para entregarlas al afiliado, pagar las pensiones.

3.2.3. Algunos grupos especiales de población como son los trabajadores independientes, los servidores domésticos, los estudiantes no están incorporados en los seguros americanos. Fuera de las Cajas de que hicimos mención para jubilación en Argentina y Uruguay y el régimen general de Chile no existen sistemas para estos grupos de población. Paraguay ha dictado el reglamento para

la afiliación del servicio doméstico, en 1966. Varios países tienen previos regímenes para trabajadores independientes y establecido sistemas voluntarios para este grupo. Los estudiantes en general no tienen la protección -- del seguro.

3.2.4. Los tiempos de trabajo anteriores a la -- afiliación presentan un serio problema económico y social a los seguros.

Los seguros de vejez y muerte se han establecido muy recientemente en muchos países y en algunos como -- ya vimos aún no se han establecido, como en Honduras, Guatemala y El Salvador. También por razón de la cobertura -- territorial el seguro de pensiones ha llegado hace muy poco o no ha llegado a muchas regiones y aún hay grandes masas de población sin estas prestaciones. El problema que se presenta es el de los tiempos de trabajo de miles y miles de trabajadores que llegan a los 40 ó 50 años de edad al seguro y comienzan a cotizar a esa edad, estando trabajando desde muy tempranos años. Pero es que además las -- disposiciones de los Códigos o leyes del trabajo otorgaban prestaciones por vejez o muerte a cargo del patrono -- no contributivas que sólo dan al trabajador una expectativa y no un derecho adquirido. Ciertamente es que estas prestaciones de tipo patronal fueron casi siempre baratas con -- los despidos de los trabajadores al acercarse los tiempos --

en los cuales se les consolidaría su derecho a pensión.

Ecuador por ejemplo ha resuelto este problema dictando disposiciones legales que permiten la validez de los períodos de trabajo anteriores al llamamiento a la afiliación obligatoria. El mayor problema radica al validar estos períodos en el aspecto financiero. La institución de provisión se hace cargo de un gran pasivo -- sin haber recibido aportes por estos períodos.

La ley ecuatoriana de 9 de diciembre de 1960 -- al considerar que es indispensable y necesario dar facilidades a los afiliados a las Cajas de provisión para -- que puedan acreditar los tiempos de servicios anteriores a la fundación de las Cajas de Provisión dispone que estos trabajadores podrán habilitar los períodos anteriores siempre que pagaren hasta la fecha en que comenzó la obligación de la afiliación una cantidad igual a 5% del promedio mensual de los salarios por los cuales se aportó durante los primeros diez años multiplicado por el número de meses que se va a habilitar más un 6% anual de intereses; el Estado paga el saldo necesario para cubrir la reserva matemática. El empleador en caso de trabajador por cuenta ajena paga una suma igual a éste.

También se establece la anterior posibilidad -- para los trabajadores que en el régimen de prestaciones patronales están disfrutando de pensión. Este caso es -- muy importante, dado que la seguridad en la pensión, es

más firme en una entidad de provisión que no en una empresa privada; la entidad de provisión tiene la garantía del Estado y no puede quebrar; la empresa privada tiene los mil peligros de quiebra, insolvencia, etc., de toda entidad particular.

Además, las ventajas de un pensionista en una entidad de provisión no las tiene en la empresa privada, así, la revalorización de pensiones, las asignaciones por persona a cargo del pensionado, las prestaciones sanitarias, etc.

3.3. La aplicación geográfica del sistema, por lo anteriormente dicho, se ve que es muy restringida. De inmediato las grandes zonas agrícolas están desprotegidas y sólo lo están los núcleos urbanos. Estos territorios muy extensos de la mayoría de los países hispanoamericanos el ámbito espacial de los seguros sociales forma verdaderas pequeñas islas en esas grandes superficies no sólo en las zonas menos pobladas sino también de aquellas que tienen una densidad de población de alguna importancia.

Ya dijimos que este factor territorial es otro de los tomados en cuenta para el desarrollo del sistema por etapas y que normalmente se inician las afiliaciones por las zonas urbanas.

3.4. Las cifras de afiliación que podemos dar, - llevan el defecto de todos los datos estadísticos. En la his panoamérica hasta ahora se están dando los pasos para -- crear un verdadero servicio de estadística en los orga-- nismos de seguros sociales. Este gran vacío no ha pasado desapercibido para los organismos internacionales que -- siempre se han preocupado por dotar a las instituciones-- de estos trabajos sin los cuales es casi imposible ade-- lantar estudios de la técnica del seguro. Como decimos,-- ya todas las instituciones están convencidas de esta ne-- cesidad y aparecen anuarios con datos que cada vez son -- más depurados e interesantes.

Ultimamente se ha desarrollado una gran labor-- en este sentido. En 1960 la OIT por medio de la sub-comi-- sión actuarial de la comisión de expertos en Seguridad - Social elaboró un plan mínimo de estadísticas de seguri-- dad social. La misma OIT elaboró en 1961 para presentar a la Primera Reunión de la Comisión Regional Americana de- Actuarios y estadígrafos de seguridad social, reunida en Buenos Aires en dicho año de 1961, una serie de cuadros-- para la aplicación del plan mínimo con determinación a - los países americanos ya que la reunión fue convocada -- por el CISS y la AISB.

Este proyecto fue revisado por la Reunión y de él salió un esquema de cuadros para la aplicación de un-- plan mínimo estadístico para los países americanos. En -

este esquema están incluidas todas las sugerencias de distintas reuniones americanas especialmente las del Seminario de seguridad social de Panamá de 1954 y las de 1957 - de Asunción-Paraguay.

También es necesario citar aquí los esfuerzos de la ODECA en este mismo sentido. En la II reunión de -- Consejo de Trabajo y Previsión Social de la ODECA, reunida en Guatemala en octubre de 1965 se acordó un Plan Común Centroamericano de Estadística de Seguridad Social. Este Plan contiene en primer lugar la realización de un inventario de las estadísticas de seguridad social en la actualidad. Posteriormente se verá el contenido de las informaciones estadísticas para elaboración del Plan Básico con dos etapas: 1) esquema comparativo de las estadísticas y 2) análisis comparativo.

Sea pues muy recientes los pasos dados a este fin por lo cual, aún no puede decirse que se cuenta con el conjunto de estudios estadísticos necesarios.

Para reducirnos sólo a este aspecto del campo de aplicación nos basta dar algunas cifras de afiliación tomadas del Comité Interamericano económico y social de la OEA.

Trabajadores contribuyentes: Argentina, 6.014.207
Bolivia, 120.534; Brasil, 4.562.367; Colombia, 539.752; -

**Costa Rica, 113.419; Chile, 1.867.218; Ecuador, 184.866;
El Salvador, 44.361; Guatemala, 274.838; Honduras, 24.200;
México, 1.749.307, Nicaragua 35.144; Panamá, 90.446; Pa-
raguay, 119.559; Perú 777.234; República Dominicana, --
140.000; Uruguay, 887.000; Venezuela, 326.043; En total-
17.870.495 afiliados para una población de más de 220.000.000
de habitantes.**

4.- FINANCIACION.

La financiación del Seguro Social en Hispanoamérica puede decirse que se hace en general por el sistema de la triple contribución formada del trabajador, empleador y Estado. Sin embargo esta forma tiene modalidades -- propias en cada legislación.

Así por ejemplo, Cuba con su sistema estatal de seguros financia el seguro con base en recursos propios -- del Estado no liquidados en relación con los salarios y las cuotas de trabajadores, ya que no existe propiamente el empleador privado. La financiación es pues, eminentemente de carácter fiscal y en sistema de presupuesto se -- nutre por el del Estado. O la legislación de Guatemala -- que prevé que cuando el campo de aplicación se extienda a toda la población, el sistema se financia con la sola -- contribución proporcional a los ingresos de cada habitante que sea parte activa en el proceso de producción de artículos y servicios.

El régimen jubilatorio argentino se financia en general con los aportes únicos de empleadores y trabajadores, dándose sólo excepcionalmente y para dos cajas de jubilación la contribución estatal.

En accidentes de trabajo y asignaciones familiares se sigue la norma de que la financiación se hace únicamente con la contribución del empleador. Excepcionalmen

te Guatemala financia su sistema de accidentes en general, que comprende los de trabajo y comunes con los aportes - del empleador y también del trabajo.

La proporción de estos aportes varía mucho de una a otra legislación. Algunos países hacen aportar al Estado en una cuantía igual a la del trabajador y al empleador con el doble de la del trabajador. Esta al menos fué la norma más usada en las legislaciones de los años - 40. Posteriormente esta distribución ha sido variada.

Los aportes fijados en los reglamentos respectivos no son en general bajos y puede decirse que dada - la calidad y cantidad de algunas prestaciones estos aportes son altos.. Esto ha venido como consecuencia de que - los técnicos en la mayoría de los casos no han tenido -- ningún material estadístico para fijar con alguna justezas los aportes y han preferido pecar por exceso que por - defecto. Esta misma ha traído como consecuencia que situaciones difíciles de financiación por otras causas como - fraudes, morosidad en los aportes, incumplimiento del Estado y en sus contribuciones, hayan podido sobrellevarse gracias a los altos recaudos de la población afiliada -- que sí paga y en ocasiones, repetimos, más altas cuotas - que las que se debieran pagar por las prestaciones que - se dan.

La situación anterior se daba más en el establecimiento de los primeros regímenes cuando era más se

cada la falta de material estadístico para realinar los cálculos actuariales. Hasta hace diez años y aún hoy -- más excepcionalmente, que era necesario trabajar con tablas de mortalidad o mortabilidad, etc., europeas, pues no existían en Hispanoamérica sino incipientes estudios de compañías privadas.

Actualmente ya los cálculos salen más ajustados a la realidad. Los nuevos reglamentos contemplan -- más exactamente el monto de los aportes y en las reformas uno de los aspectos más vistos, es éste de las cuotas.

Sin embargo no puede decirse que la situación de hoy sea de sano funcionamiento. Siguen pesando defectos de siempre, como son los altos costos de las prestaciones sanitarias, especialmente de las farmacéuticas y hospitalarias, más cuando éstas se dan por fuera de la institución reintegrando al afiliado el valor al costo de lo que hubiere costado el seguro, como en el Perú y en algunos períodos en Colombia, dejando vacíos servicios propios de la institución.

El fraude de las prestaciones y la evasión de aportes es otra causa de desfinanciación que pesa fuertemente sobre la economía y que tiende a eliminarse -- principalmente con sistemas de mecanización administrativa, como luego lo veremos.

Un grave peso en las economías de los seguros es la mora de años en el pago de las obligaciones estatales. En esta enumeración comera que estamos haciendo de factores de definaanciación quizá ésta sea la que más pesa sobre la economía de los seguros. También por parte del Estado están las obligaciones que legalmente se imponen de invertir las reservas en bonos parkens obras de carácter social, público o de defensa. Estos papeles que ciertamente se lanzan ya desvalorizados y son absorbidos a la par por los seguros, han llevado a la ruina a más de un sistema.

Ya con la última reforma ecuatoriana terminó la nociva práctica de la devolución de aportes en los seguros. Este sistema que un técnico calificó apropriadamente de anticseguro, era otro de los graves factores de definaanciación.

La evolución del monto de los aportes en porcentaje sobre salario está también determinado en las últimas leyes por su escalonamiento en cuanto al transcurso del tiempo. Así en los reglamentos de Colombia y de Venezuela en donde se fijan porcentajes más bajos para los seguros de pensiones en los primeros años y aumentos de porcentajes en períodos sucesivos hasta llegar al monto total del aporte.

También en algunos proyectos se hace jugar en

te escalonamiento con otro en razón de la cuantía de los salarios devengados, teniéndose un porcentaje más bajo - para los salarios más bajos, que se compensa con porcentajes más altos para los salarios más altos, aún en los seguros de salud.

La financiación de los seguros se puee a medida que pasan los años cada vez más técnica y más solvente. Los antiguos regimenes que tuvieron que correr con los errores de la inexperiencia y la falta de técnica, están realizando el esfuerzo de transformar sistemas y ajustar pasivos, para que las instituciones puedan responder del otorgamiento de las prestaciones. Los regimenes recién creados nacen con la posibilidad de incorporar técnicas y experiencia financiera y estadística de que carecieron los primeros seguros. Estas reformas cristalizan tanto - en el aspecto de los aportes como en el de las prestaciones al ajustar edades de jubilación, períodos de calificaciones, prestaciones por invalidez total y permanente-rehabilitación, criterios económicos para la invalidez, etc.

4.1. La contribución de los sectores no guardan entre sí una proporción igual en todas las legislaciones. En algunas esta proporción es del 50% del total del financiamiento a cargo de los empleadores y el resto dividido entre los trabajadores y el Estado; tal el caso de Colombia, México, El Salvador, Venezuela, Guatemala, Honduras, etc.. En otros países la proporción varía hasta -

desaparecer en algunos el aporte del Estado como cuota li-
quidable en proporción a los salarios, que es el sistema-
totalmente establecido en Hispanoamérica para enleular -
los aportes, salvo en algunos casos de seguro agrícola -
de que ya hablamos y en el de los trabajadores indepen--
dientes.

Se dan otros casos de variación de la contribuy-
ción de los sectores, como en la legislación de Costa Ri-
ca en que los aportes son distintos según que se ampara-
a los familiares o no en el seguro de salud. Así se co--
bra una sobre-cuota para la atención familiar en aquellos
casos en que hubiere estos beneficiarios.

También pueden variar la contribución por ra--
zón de la mayor o menor dificultad para el otorgamiento-
de las prestaciones de salud en algunas regiones, como -
antes en Colombia que para el mismo tipo de beneficios -
de enfermedad-maternidad se cobraba diferente aporte en-
las zonas urbanas que en las con porcentaje apreciable -
de agrarios.

La contribución variada por clase de riesgo se
da en las legislaciones venezolana y mexicana para acci-
dentes de trabajo y enfermedades profesionales. Las em-
presas se clasifican según la peligrosidad del trabajo -
en 4 ó 5 grupos y para cada uno de éstos se cobra aporte
total fijado para todas las contingencias. Así pues, no-

puede decirse que exista una norma comúnmente aceptada en este sentido; aspecto que se verá más claramente al examinar el aporte de cada uno de los sectores: Estado, empleador y trabajador.

4.1.1. El aporte del Estado tiene varias formas:

Algunos países como México, Colombia, Honduras, El Salvador, la cuota estatal tiene carácter de verdadera obligación liquidable sobre los salarios en proporción importante e igual al aporte de los trabajadores. No obstante las dificultades fiscales de todos los países hacen que esta obligación legal no se cumpla en su totalidad y que las deudas del Estado se vayan acumulando, año tras año en las liquidaciones que se hacen sobre los salarios pagados. Estos activos de las Cajas por deudas del Estado que aparecen en los balances dan una idea falsa de la verdadera situación económica de la institución, ya que ciertamente estas obligaciones de tipo fiscal son difícilmente exigibles y dada la organización presupuestaria de nuestros países la ley de presupuestos nacionales tiene tal carácter que sin aparecer en él una partida no puede reclamarse su pago.

El estado en realidad no paga ni totalmente ni cumplidamente las obligaciones que le obligan las leyes de los seguros sociales, más cuando se fijan sumas fijas que en determinados momentos pueden aparecer cuantiosas para el fisco nacional.

Por lo anterior se optó por crear impuestos especiales para pagar estas cuotas de carácter liquidable sobre salarios y en cuantía igual al aporte de los trabajadores. Tampoco tuvo efecto esta solución y los nuevos recursos fiscales entran a rentas comunes sin pasar al seguro.

Las nuevas leyes conscientes de este problema han resuelto bajar hasta límites mínimos el aporte estatal, casi para que sea el símbolo de que el Estado aporta, tal es el caso de Bolivia, Paraguay, Panamá, Venezuela, etc.

Otros países, como Brasil, entrega una cuota de Previsión Social para administración de los entes gestores y cubrir déficits. Establece impuestos especiales como cuotas de previsión para estos fines; estos impuestos gravan los transportes, los servicios públicos, luz, agua, teléfono, etc. Venezuela entrega también su pequeña cuota, en relación con la de los otros sectores, para gastos de administración.

Costa Rica dice en su artículo constitucional que se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes para cumplir el pago de las cuotas del Estado. Para este efecto las leyes han creado impuestos especiales sobre consumos de cervezas, cigarrillos, refrescos, gaseosas, etc.

Finalmente, ya hemos visto cómo hay países en que el Estado no aporta como Argentina, Ecuador en que sólo se ven pequeñas subvenciones del Estado pero que no pesen fuertemente en la masa general del financiamiento de la seguridad social.

Va, pues, en desuso el sistema de la triple -- contribución forzosa del Estado, trabajadores y empleadores como se estructuró con tantas esperanzas en las leyes del segundo período legislativo de los años 40. El Estado en realidad no quiere concurrir en una cuantía siquiera igual a la del trabajador y se limita actualmente a contribuir con sumas que no forman una base fuerte de financiación.

Pero es que además la obligación legal de grandes aportes del Estado como en aquellas leyes en que se equipara al del trabajador, ha frenado el desarrollo del seguro a nuevas zonas y nuevas contingencias porque el Estado considera que no puede obligarse en los aportes tan cuantiosos que dichos exenciones le acarrearían y así por no comprometerse en este aspecto económico-fiscal se frena el desarrollo general del sistema.

El aporte del Estado sin embargo se impone por justicia y por necesidad. A través del Estado se canaliza la contribución general del país en virtud del principio de solidaridad. Además ciertas contingencias como la --

salud y el régimen agrario requieren el aporte del Estado para su desarrollo.

4.1.2. El aporte de los empleadores se da para todos los seguros siendo cuota única en los de accidentes de trabajo y asignaciones familiares. Sin embargo - debemos recordar nuevamente el caso de Guatemala en que la cuota cubre accidentes en general que comprende los comunes y los de trabajo. Por tanto, en este caso, prácticamente la cuota del trabajador también se da para -- los accidentes de trabajo.

La cuota única para todo el sistema sin división por contingencia da como resultado que prácticamente se financia para los dos sectores los accidentes de trabajo. Tal es el caso de Venezuela en su nueva ley, - Paraguay, Brasil y Panamá.

La proporción entre la cuota del trabajador y la del empleador varían en las legislaciones. Se da el tipo de aportes iguales en legislaciones como Brasil, Ecuador, Costa Rica. En otros el aporte del empleador es el doble del trabajador como en Colombia, México, El Salvador, Honduras, República Dominicana. En otros la proporción es de uno a tres como en Guatemala para el seguro de accidentes en General. En Argentina la relación es - irregular, así la Caja de Jubilaciones del Estado cobra

el 11% de los trabajadores y 14% de los empleadores. En la Caja de los gráficos se cobra el 11% y 15% respectivamente; en la de Rurales el 6% y el 7% respectivamente, servicio doméstico 5% y 7%.

4.1.3. El aporte del trabajador como hemos visto en algunos casos es igual al del empleador y en otros es inferior. La necesidad técnica y psicológica de que el trabajador contribuya a su propia provisión se cumple en todos los países y así como en varias legislaciones se establece expresamente que el empleador no puede hacer repercutir su propio aporte de ninguna manera -en el salario del trabajador, así también el aporte de éste siempre se exige que se deduzca de su salario, salvo en las contingencias de accidentes de trabajo y asignaciones familiares, cuando se aporta separadamente por contingencias y no en prima única para todos los riesgos.

Lo que sí suele consignarse por los trabajadores a través de contrataciones colectivas es la elevación de sus salarios en montos iguales a las de las cuotas al seguro social, pero de ninguna manera a la absorción del aporte por los empleadores.

4.2. El monto de los aportes no puede prestarse a un cuadro comparativo por la disimilitud de los

términos de comparación. Los aportes como ya vimos se hacen en varios países por contingencias separadamente o por aporte único para todas las contingencias. Pero es que aún dentro de aportes para la misma contingencia la desigualdad de las prestaciones en calidad, cantidad y número de beneficiarios por cotizante, hacen más imposible cualquier comparación.

Pero dentro de esta imposibilidad comparativa se aparecen a primera vista y ya dentro de la legislación de cada país y en relación con los aportes cobrados, --- que existen sistemas más caros que otros. Así Argentina tiene aportes para jubilación que no pueden calificarse de bajos. Ya vimos que hay Cajas que reciben más del 20% de los salarios para esta sola contingencia, por ejemplo la Caja de Industria y Comercio, en que cotizan los dos sectores un 26% de los salarios divididos en 15% los empleadores y 11% los trabajadores. Bolivia para todas las contingencias incluyendo asignaciones familiares recibe el 40,5% de los salarios, dividido en 25% empleadores, 7,5% trabajadores, 5% Estado. Colombia para enfermedad, maternidad y accidente de trabajo 8% en total dividido en 4% empleador, 2% trabajador, 2% Estado. Chile recibe un 47%10% de los salarios para todas las prestaciones, --- incluyendo cesantía y asignaciones familiares y sin contar accidentes de trabajo. Este total se divide en 32,35%

empleadores y 8,85% trabajadores. El Salvador cobra un 10% total para enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo y dividido en 5%, 2,5% y 2,5% para empleadores, trabajadores y Estado respectivamente. Guatemala para el seguro de accidentes en general (de trabajo y comunes) recauda el 5,5% de los salarios, dividido en 3%, 1% y 1,5% para empleadores, trabajadores y Estado respectivamente. - El programa materno-infantil lo financia con un 4% total, del cual corresponde 2% a los empleadores, 1% a los trabajadores y 1% a Estado. Panamá recibe el 13,1% en total si calculamos impuestos especiales, el empleador paga el 7%, el trabajador el 5% y el Estado 0,8%. Con estos aportes se cubren enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. México no fija directamente porcentajes sobre salarios sino tablas de aportes que corresponden a un porcentaje.

4.3. Los otros recursos. Aparte de los aportes de trabajadores y empleadores, más importantes son las rentas provenientes de las inversiones de las reservas - en aquellos seguros en que se ha implantado como régimen financiero el de capitalización.

Estas rentas de inversiones han tenido serias dificultades por los bienes en que se invierten las reservas. Así por ejemplo, cuando éstas sean obligatoriamente en papeles del Estado que no paga cumplidamente --

los intereses de los bonos. Cuando se hacen en habitaciones para alquiler y los ocupantes pagan rentas congeladas que no siguen el ritmo del costo de vida, o cuando se invierten en préstamos a largo plazo que se producen intereses devaluados. En realidad la renta de las inversiones sigue la suerte de la inversión misma, que como lo veremos es el gran argumento que ha movido a escoger como sistema financiero el de reparte. Ejemplos de rentas que hemos citado se han dado en Chile, Panamá, Ecuador.

Forma también un grupo especial de otros recursos las sumas provenientes de intereses de mora en el pago de aportes y multas por infracciones de la Ley de seguros sociales, establecidos en todos los países sin excepción. Estas sumas no son cuantiosas.

Los impuestos especiales generalmente son destinados a cubrir en primer lugar el aporte estatal. Desafortunadamente como el recaudo de estos tributos se hace por el Estado, el producido se se gira con especial cuidado a los seguros, ingresando las sumas a fondos comunes. En este caso también la mayoría de los países tienen establecidos impuestos especiales para auxilio de los sistemas. Los textos más modernos han eliminado de su renta de recursos del seguro un capítulo que era tradicional en este caso: las donaciones e legados dejados-

por particulares. Seguramente este capítulo está siendo eliminado porque ciertamente muy pocos son los casos que se dan de herencias o legados o donaciones dejados al seguro social.

4.4. Los salarios tomados en consideración son en general muy amplios en su concepto y se acercan lo más a la remuneración real que perciben los trabajadores. Así quedan incluidos tanto los percibidos en dinero como en especie. Se hacen cálculos sobre comida, vestido o vivienda, dados por los empleadores para incluirlos dentro del salario para la cotización.

Este concepto que es general en todas las legislaciones, y salvo los topes de ganancia que para la afiliación vimos en algunas legislaciones, sobre todo en los trabajadores independientes, se complementa con otra norma general que es la de clasificar los salarios en tablas de categorías que van fijando entre dos cantidades un salario base que sirve para el pago de aportes y de prestaciones. Esta medida es muy conveniente sobre todo por el aspecto administrativo, ya que evita la liquidación de cada uno de los salarios por su coste exacto hasta en centimos y se hace en cambio por el salario base, que generalmente es la media entre los dos extremos escogidos. En cada régimen existen más o menos diez categorías de salarios. La primera comienza con el salario mínimo y la última ter-

mina con una suma que sea poco común como remuneración.

Desde luego, no se toman como salarios ciertas formas que son prestaciones o que no constituyen retribución por trabajo. Tal es el caso de las prestaciones sociales, las asignaciones familiares, viáticos, primas -- extraordinarias, etc.

4.5. El recaudo y control de aportes. Es uno de los graves problemas de los seguros sociales. Ya hablamos de cómo el fraude en este aspecto es uno de los principales motivos de desfinanciación de las instituciones. Corresponde al empleador en todas las legislaciones descontar la cuota del trabajador y entregarla con la enya propia a la entidad.

Diversos sistemas ha habido para hacer efectiva la entrega de los aportes. El más antiguo es el de estampillas, que es el que tuvo Chile, Perú y Ecuador en su comienzo y que fué pronto reemplazado por el de planillas, aunque Chile permanece aún con su sistema original.

Las estampillas están llamadas a desaparecer por la dificultad que entraña su administración. El descontrol que se da en la regularidad de pagos, las pérdidas, fraudes y falsificaciones, etc.

Las planillas sustituyeron rápidamente a las estampillas, por su facilidad administrativa y su mayor seguridad. Eliminadas las libretas de estampillas queda-

la responsabilidad de archivos y aportes en la misma institución. Todos los sistemas actuales se mueven en ese -- aportes por este método que tiene como único defecto la -- morosidad de su elaboración, sobre todo en las grandes em-- presas; la dificultad de cálculos en pequeños talleres en que la administración poco o nada se lleva.

Estas circunstancias han hecho nacer una modificación al sistema de planillas. El primer intento de esta nueva modalidad se desarrolló en Colombia en 1961. En el seguro colombiano recién establecido se vio cómo de la revisión de las planillas elaboradas por pequeños empleadores se producían muchas glosas, débito y crédito a su liquidación. Glosas que no provenían de deseos de fraude sino de dificultad para elaborar bien la planilla. Para estos casos de dificultad del empleador modesto (muchas veces analfabeto) de elaborar la planilla, se organizó -- un pequeño servicio mecanográfico en las mismas dependencias del Instituto encargado de confeccionar estas planillas. El servicio se vio pronto desbordado, pues multitudes de pequeños empleadores quisieron hacer uso de él. Al mismo tiempo las grandes empresas con 100, 500 o más de mil trabajadores encontraron que tenían que crear servicios -- muy costosos para llevar todas las cuestiones del seguro social. Esto nos llevó a tomar la carga de continuar con el sistema de planillas, pero elaboradas por la propia -- institución. Y así comenzó a hacerse mensualmente con unas

pocas actividades.

El siguiente paso fué el de mecanizar el sistema, pues manualmente era imposible continuarlo ni ampliarlo. La I.B.M. prestó todo en apoyo y técnica y con las máquinas que se tenían para estadística y contabilidad se estructuró en Iberoamérica el primer sistema mecanizado de recaudo y control de aportes, consistente en la elaboración de las planillas por la propia entidad de seguro y la obtención del monto a pagar por las empresas y trabajadores en el respectivo período de aportes. Todo se basó sobre una planilla maestra que luego fué moviéndose únicamente con las variaciones mediante los avisos de entrada, salida, cambio de categoría, etc., que enviara el empleador.

Los resultados fueron verdaderamente espectaculares, los recaudos subieron, los pagos se hicieron más cumplidamente y los fraudes desaparecieron en un gran porcentaje.

Posteriormente, esta planilla preelaborada se complementó con la tarjeta de servicios, documento que se expide por el Instituto a cada cotizante por el período pagado y en la cual consta el aporte entregado por el patrón a su nombre, datos personales, etc., que sirven para que se den servicios inmediatos al asegurado. La tarjeta de servicios además de tener un gran efecto psi-

cológico sobre el asegurado, pues ve que se le da un recibo de sus pagos, controla la periodicidad de éstos, ya que si el empleador, no consigna, el trabajador no recibe la tarjeta y controla también el monto real de los aportes y así el empleador no podrá ingresar menor valor del descontado a su trabajador.

El sistema mecanizado de aportes, pronto se extendió a varios países de hispanoamérica y la OEA ha incluido dentro de sus programas este plan de asistencia técnica para todos los países.

4.6. El régimen financiero adoptado en general es el de capitalización. Fue en realidad el único establecido en los primeros sistemas como lógica consecuencia de la técnica de los seguros privados. Después aunque se han visto las funestas consecuencias de este sistema llevado extremistamente tanto por las malas obligadas inversiones de las reservas, como por la quiebra de muchas monedas, el sistema de capitalización continúa por el ansia de las instituciones de controlar grandes capitales.

Chile, primer país de seguro, adoptó el sistema de capitalización. Pero en 1982 por medio de la nueva estructura de la ley 10383 eliminó el sistema de capitalización e instituyó el de reparto simple de tal manera que se ordenó en la nueva ley la realización prácticamente de todos los bienes en que se estaban invirtiendo las reservas.

El régimen de capitalización fué calificado por el nuevo estatuto como causa de todos los males del Seguro. Ciertamente la experiencia de Chile en este aspecto fué muy desafortunada, principalmente por la obligación estatal de inversión de las reservas en papeles del Estado, que trajeron la insolvencia del seguro. Otras inversiones como préstamos, etc., fueron quedando en cero por la devaluación de la moneda.

La última ley dictada, que es la Venezolana, de 1966, establece tres fondos en su régimen financiero: -- uno para asistencia médica, otro para prestaciones diarias y un tercero para las pensiones y demás prestaciones en dinero. Este tercer fondo o fondo de Pensiones se forma con la diferencia entre la totalidad de los ingresos y los destinados para movimiento diario y prestaciones médicas. Este Fondo de pensiones deberá invertirse en colocación a largo plazo.

Entre estas dos leyes la de Chile de 1924 y la Venezolana de 1966, los seguros se mueven por el régimen financiero de capitalización con tendencia actual hacia uno de reparto atenuado o de capitalización atenuada, -- sin abandonar totalmente el de capitalización.

4.7. Las inversiones se dan de acuerdo con el concepto anterior en todos los países que ya han cubier-

to la contingencia de invalidez, vejez y muerte, que les son todos excepto Guatemala y El Salvador y Honduras.

Los países tienen mucho cuidado en sus planes de reserva ya por la triste experiencia de otros seguros como por la implicación que las inversiones traen sobre la economía general del país. También se dictan leyes sobre la distribución de las reservas para su inversión. - México establece que sólo hasta un 15% puede invertirse - en bonos del Estado; 80% en establecimientos sanitarios; 5% en otras inversiones como préstamos hipotecarios, etc. Brasil fija que sólo del 15 al 25% puede destinarse a bonos de deuda pública, del 15 al 25% operaciones de carácter asistencial; 15% a 25% instalaciones no asistenciales. Las inversiones inmobiliarias deben obedecer a programas fijos para atender a todas las zonas geográficas. En Ecuador en los planes de inversión toman parte la Junta Monetaria, el Banco Nacional de Fomento, el Consejo Nacional de Economía y el Ministerio de Economía. Se distribuyen las reservas así para inversión: el 40% préstamos hipotecarios para vivienda de afiliados; 20% bonos de deuda pública; 40% en valores de renta variable. Costa Rica establece que sus reservas no pueden ser invertidas en más de un 20% en bonos de deuda pública y el resto en préstamos hipotecarios, préstamos para la agricultura y la ganadería. Están prohibidas las inversiones en operaciones de especulación, compra o pignoración de --

acciones de sociedades anónimas en que estén interesados autoridades del seguro. Están prohibidos los préstamos menores de 20.000 colones o mayores de un millón de colones.

Las inversiones en Argentina son hechas en -- adquisición de letras de tesorería, préstamos entre Cajas y por disposición de la ley 14.499 en giros al Fondo-Compensador. Este Fondo es una de las creaciones que -- han hecho más por la difícil situación financiera (capitalización) de las Cajas de Jubilación argentinas. Fue creado en 1960 con personalidad jurídica y lo administra el Instituto Nacional de Previsión. El fin principal del Fondo, es cubrir los déficits anuales de las Cajas por dificultades financieras. Los ingresos del Fondo son los excedentes de los ejercicios mensuales de las Cajas y -- así se produce realmente la compensación en el sistema, ya que los excedentes de unas Cajas van a cubrir los faltantes de otras, de esta manera prácticamente se va inaugurando en la práctica un sistema de reparto atenuado -- o de capitalización parcial, pues es conveniente advertir que quien hace las inversiones es el Fondo y no las Cajas.

La bondad del sistema está al ver que por ejemplo las Cajas del Estado, Ferroviaria, Servicios Públicos y Navegación reciben fuertes sumas que financiaron sus economías.

Belivia invierte sus reservas en un 60% para - construcción y equipos de hospitales; 10% implantación - de industrias de carácter social; 20% bienes raíces; 10% préstamos individuales. Venezuela crea en su nueva ley - una comisión de inversiones compuesta de 15 miembros: 5 - por el ejecutivo nacional, 5 representantes de los empleadores y 5 representantes de los asegurados. Esta Comisión determina el monto, distribución y oportunidad de las -- inversiones que preferencialmente serán a largo plazo, -- construcciones de hospitales y edificios administrativos.

4.8. Los presupuestos y balances son obligatorios en todas las legislaciones. En algunos países como Colombia, es obligatoria su publicación.

5.- LA GESTION ADMINISTRATIVA.

La gestión administrativa de los seguros sociales en Hispanoamérica está encomendada en general a entes autónomos. Desde un principio se crearon organismos per se totales que administraron los seguros sociales. Así en -- 1924 la Caja de Seguro Obrero de Chile y en adelante una serie de organismos que fueron naciendo con las leyes de seguros.

El último seguro que tuvo su autonomía fué el -- de la República Dominicana, que desde un principio estuvo adscrito como dependencia de la Secretaría de Estado de -- Trabajo, hasta que en 1963 adquirió autonomía. Y ya vimos como en este mismo año Cuba incorporó como organismo puramente estatal, su seguro social al Ministerio de Trabajo, y desapareciendo el Banco de Seguros y otras Cajas de Provisión autónomas.

La unificación es otra de las características en la orientación de la gestión. Unificación que no quiere decir centralización. Los seguros nacidos más tarde y las -- reformas últimas establecen la unificación del sistema. -- Tal es el caso de Venezuela, Honduras, Ecuador, Perú, etc. Desafortunadamente esta unificación es muy difícil lograrla en su totalidad ni aún en los países de instituciones -- tradicionalmente fuertes. En Bolivia la Gran Caja Nacional

de Seguridad Social va desprendida de su órbita a los trabajadores petroleros y a los ferroviarios; México con su amplio Instituto no cuenta con los trabajadores del Estado.

Otros países tienen una más plural gestión de la provisión. Argentina, fuera de las Cajas Provinciales, cuenta con catorce instituciones autónomas de jubilación. Colombia además del ICSS y de la Caja Nacional de Previsión para empleados públicos, cuenta con más de veinte entidades regionales y profesionales; Costa Rica encomienda la gestión de su seguro de accidentes de trabajo a un organismo estatal distinto de la Caja de Seguros Sociales; Chile además de sus dos grandes servicios de salud y de seguros, cuenta con más de 40 Cajas de Previsión importantes; Uruguay tiene cinco grandes sistemas de jubilación, sin contar con las Mutualidades de tipo privado.

También es norma general que el personal de las fuerzas armadas esté protegido por un ente especial distinto de todos los otros sistemas.

La proliferación excesiva de instituciones surgió desde luego y en principio, por las facilidades que se daban en las constituciones para crear entes autónomos paraestatales. Informada la técnica administrativa estatal del deseo de desprenderse de su soberanía para que ciertas cuestiones se administraran por fuera de la órbita estatal

hubo un gran deseo y una mayor facilidad de desarrollo de estos organismos descentralizados, que fueron como una -- reacción contra la tradicional creencia de la defectuosa y lenta gestión del Estado.

Esta forma descentralizada tuvo más acogida todavía en los seguros sociales porque se quiso dar una independencia muy amplia a los fondos del seguro, dado que siempre se estableció que estas instituciones tuvieran su patrimonio propio distinto de los bienes del Estado. El -- prevenir estos fondos de salario de trabajadores los hacía más respetados aún.

Otro factor que influye definitivamente en esta autonomía está en que siempre se piensa en la facilidad y expedición que debería tener el otorgamiento de las prestaciones que el Estado por su pesada maquinaria no podía dar tan expeditivamente como si un organismo autónomo.

La pluralidad ha traído graves consecuencias como ya apuntamos en el capítulo de legislación. Injusta -- desigualdad en prestaciones creándose verdaderos grupos -- privilegiados de trabajadores que pertenecen a Cajas ricas en contraposición a trabajadores mal tratados, que -- pertenecen a Cajas pobres. Sistemas de aportes y de tiempos de calificación que impiden el tránsito cómodo en la previsión de una ocupación a otra y por consiguiente de -- una Caja a otra. Desfinanciación por la atomización de --

los grupos de trabajadores, ya que se encuentran Cajas de 300 trabajadores en comparación con otras de millones de trabajadores.

La unificación tiende a imponerse pero muy lentamente debido a los intereses creados de los grupos que pertenecen a Cajas bien financiadas y con buenas prestaciones.

5.1. La función del Estado en la gestión tiene su máxima expresión en la función y tutela de los sistemas. Desde luego por ser la seguridad social una rama del derecho público y por la obligatoriedad que conlleva sus disposiciones, necesita la fuerza de la ley para su cumplimiento. Todas las instituciones tienen pues un amplio marco legal.

No obstante lo anterior vemos como instituciones nacidas privadamente han podido desarrollar las cláusulas obligatorias de seguros sociales. Tal es el caso de las Cajas de asignaciones familiares de Colombia, por ejemplo, que fueron establecidas por voluntad de sindicatos de empleadores y que daban prestaciones en un principio; más tarde cuando se dictó la ley haciendo obligatorio la prestación de asignaciones familiares se permitió que estas entes continuaran funcionando bajo ciertas condiciones y para aplicar la ley. Más aún se permite la funda-

ción por acuerdo privado de nuevas Cajas de compensación -- bajo ciertas condiciones de número de empresas afiliadas -- y de trabajadores, que otorgarán las prestaciones ordenadas por la ley.

El Estado ejerce además una labor de tuición -- permanente y general, sobre el seguro social y especialmente sobre su organismo gestor. Esta tuición es permanente por medio de los representantes del ejecutivo que asientan en sus organismos directivos y principalmente por intermedio del Ministerio respectivo. La tuición ha llegado hasta la intervención directa de la gestión en el organismo como sucedió hace pocos años con el Instituto Venezolano de Seguros Sociales. Otros casos pudieran citarse pero este es el más claro y definitivo; después de estar intervenido este instituto por el gobierno, volvió a tener su plena autonomía.

La tuición y la conexión del organismo gestor -- con el gobierno nacional se hace a través de un Ministerio del Gobierno, que generalmente es el de Trabajo. Las tareas que este Ministerio desarrolla en relación con la seguridad social es tal que muchos Ministerios se llaman de trabajo y previsión social o seguridad social. Argentina y Bolivia tienen un ministerio de trabajo y seguridad social; Brasil, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Panamá, Ministerio de Trabajo y Previsión Social. En Chile el

Servicio Nacional de Salud se relaciona con el Ministerio de Salud y el servicio Nacional de Seguro Social con el Ministerio de Trabajo. Ecuador tiene especialmente un Ministerio de Previsión Social. Guatemala cuenta con el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social; Perú, Nicaragua, y Paraguay, Ministerio de Salubridad Pública; Colombia y Venezuela, Ministerio de Trabajo.

Corresponde al Estado por medio de su órgano ejecutivo aprobar ciertas disposiciones de los entes gestores que necesitan de esta aprobación para su obligatorio cumplimiento; tal es el caso de los reglamentos de inscripción de prestaciones de aportes, etc.

5.2. Los órganos gestores toman diferentes denominaciones en los seguros sociales hispanoamericanos que en un comienzo se llamaron Cajas de Previsión, después Institutos de Previsión y más modernamente Institutos de Seguros Sociales y así por ejemplo: Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Instituto Salvadoreño de Seguros Sociales, Instituto Guatemalteco de Seguros Sociales, Instituto Hondureño de Seguro Social, Instituto Mexicano de Seguro Social, Instituto Venezolano de Seguros Sociales. Nicaragua ha creado como gran ente superior, una Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social que dirige la asistencia social, la asistencia médica y los seguros sociales. Esta última tarea la desempeña por medio del Instituto Nacio-

nal de Seguridad Social.

5.2.1. Las autoridades de estos órganos gestores corresponden a una organización de empresas de tipo general. Cuentan por tanto con organismos deliberativos, justas directivas y gerentes o directores ejecutivos.

Las asambleas generales de afiliados como organismo supremo no está muy en boga, en México la tiene considerada en ley y funciona integrada por 30 miembros nombrados así, diez por el presidente de la república, diez por las organizaciones de empleadores y diez por las organizaciones de trabajadores. Se reúnen anualmente para aprobar balances, el informe del Director general, el plan de labores y presupuesto y el informe de la comisión de vigilancia. Esta misma Asamblea General estudia cada tres años los balances y presupuestos actuariales. Además de esta Asamblea General México cuenta con un Consejo Técnico, la comisión de vigilancia y la Dirección General.

Son, pues, en general las Justas Directivas las que ejercen la suprema dirección de los Seguros Sociales. Estas Justas o Consejos Directivos tienen como funciones la organización y ordenamiento de todo lo concerniente al desarrollo de la ley. Son órganos ejecutivos los Directores o Gerentes Generales de las Instituciones a quienes corresponde la función de cumplir y hacer cumplir lo ordenado por la Junta Directiva. Pero para quitarle un peso -

la tónica de privada organización de gerencia el nombre más usado en la dirección ejecutiva del seguro, es el de Director. Tal es el caso de la Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Venezuela en su reciente ley de administración a un Consejo Directivo y al presidente del mismo, la ejecución y representación del Instituto.

Existen además de estos dos organismos, Juntas directivas y Directores, Gerentes o Presidentes, organismos de vigilancia, de dirección técnica.

Aunque el Estado se reserva el control de la institución en sus aspectos contables y técnicos, las instituciones crean auditorías internas encargadas de ejercer un control más permanente sobre distintos aspectos presupuestarios y financieros. Así vemos que México tiene una comisión de vigilancia integrada por representantes de empleadores y trabajadores y Estado. Esta comisión se encarga de vigilar que las reservas se hagan legalmente; presentar proyectos y citar a la Asamblea General en casos de urgencia.

Otro organismo establecido como los anteriores en todas las legislaciones es el Consejo Técnico que como en Guatemala está integrado por un grupo de funcionarios de la misma institución y por expertos nacionales o extranjeros.

jeros. Las funciones de estos Consejos son eminentemente consultivas y sus dictámenes no tienen fuerza obligatoria para la administración.

También organismos de administración son las entidades regionales. En este aspecto se debe mencionar la organización que tuvieron estas entidades regionales en los seguros venezolanos y colombianos; por las leyes fundacionales estas Cajas seccionales fueron personas jurídicas, con patrimonio propio distinto de los bienes del Instituto y encargadas de la administración de los seguros de enfermedad-maternidad y como agentes del Instituto para las otras contingencias. El Instituto ejercía sobre estas Cajas Seccionales una labor de creación, dirección y vigilancia, pero cada Caja llevaba su sección en una autonomía de fondos y prestaciones muy especiales.

5.2.2. La participación de los sectores en la administración de los estos gestores es cada vez más amplia. Desde luego en los órganos supremos de administración de todos los regímenes, tienen amplia representación los sectores afectos al sistema: trabajadores, empleadores y Estado. Aunque estas Juntas o Consejos directivos son nombrados en general por el presidente de la República, el nombramiento se hace de listas que pasan los sindicatos de trabajadores y empleadores y las federaciones médicas.

El Estado se hace representar por los ministros que tienen a su cargo las cuestiones laborales y de salud, ministros de trabajo y de salud.

En cada vez más directa la ingerencia del trabajador y del pensionado mismo en la dirección de la entidad. En Argentina los Directores de las Cajas se nombran por elección directa de los afiliados y pensionados. En Bolivia los representantes de los obreros son nombrados directamente por la Central Obrera Boliviana. En México los diez miembros representantes de los trabajadores en la Asamblea General los nombra directamente las organizaciones de trabajadores. En El Salvador, Honduras y Guatemala los representantes obreros y patronales son elegidos por votación directa de los Sindicatos.

Igual generalidad se tiene en cuenta al nombramiento del Presidente, director o Gerente que se hecha -- salvo excepciones (Ecuador) por el Presidente de la República.

6.3. El Control a que aquí nos referimos, es el del Estado como supremo rector del derecho de seguridad social en su ejercicio. La vigilancia que las instituciones tienen internamente se desarrollan en un plan más de funcionamiento administrativo, de mecánica técnica y financiera. El Estado además tiene especial cuidado en controlar los dineros que entregan a las instituciones con-

aporte y por ser dineros que salen de la masa general tributaria.

Tiene por tanto el control del Estado dos vertientes importantes, una de interventoría fiscal y otra, más importante, cual es la de la custodia de los fines de la seguridad social.

La tarea fiscalizadora de fondo está adscrita a las Contralorías General de la República o Cortes de cuentas que están establecidas en todos los países. Excepcionalmente Colombia tuvo este control adscrito a la Superintendencia Bancaria pero en una reforma este organismo se substituyó por la Contraloría General.

La Dirección de Previsión en los Ministerios de Trabajo, las Juntas Nacionales de Previsión como ya vimos en Nicaragua o el Instituto Nacional de Previsión en Argentina, tienen en forma general la función de la guarda de la ley y el control de su cumplimiento por los órganos gestores. Pero ciertamente donde más acertadamente se cumple esta función suprema y de manera más cabal es en Chile, por medio de la Superintendencia de Seguridad Social, organismo que tiene fines parecidos a los que en sus respectivos sectores cumplen las Superintendencias Bancarias o la Superintendencia de Sociedades. Esta institución tiene mayor importancia en Chile, en donde el régimen de se-

guros es de gran pluralidad de entes gestores con distintos ordenamientos legales y diversos sistemas de financiamiento y prestaciones, caso que también ocurre en Argentina, Colombia, Uruguay y en menor grado en Bolivia, México y Venezuela.

La Superintendencia de Chile controla más de sesenta instituciones distintas de previsión social. Sus funciones tocan los diferentes aspectos financieros, actuariales, jurídicos, administrativos y médico sociales. La Superintendencia además de controlar todas estas materias realiza la gran labor estadística de toda la previsión chilena; estudia para orientar reformas e interpretación de la Ley; vigila especialmente el aspecto financiero actuarial de los entes gestores y por medio de sus facultades jurisdiccionales crea jurisprudencia respecto de la interpretación de las leyes.

Las funciones de la Superintendencia no se contraponen a las de la Contraloría General, ya que las dos entidades han delimitado expresamente su campo de acción por medio de circulares conjuntas; así por ejemplo los asuntos de personal, remuneraciones, secuencias, etc., son de la incumbencia de la Contraloría, en cambio los de aplicación de leyes, beneficios, etc., serán de conocimiento de la Superintendencia.

5.4. Las muchas posibilidades de incumplimiento de las normas legales dan lugar a sanciones que la misma ley fija. Estas infracciones tienen que ver con las distintas fases del proceso administrativo del seguro; se pueden dar infracciones por razón de la no inscripción o inscripción tardía, por no envío de planillas, por no recaudo de cuotas, por no consignación de sumas descontadas etc.

Las sanciones no se dan solo en relación con el empleador sino también con el trabajador y terceros.

Las sanciones más comunes son las de multas y pagos de intereses de mora. Para los trabajadores en algunos casos como en el aborto, o la lesión voluntaria se da la suspensión de la prestación económica.

Un campo aún no claramente definido o puesto en ejercicio, es de la sanción penal con pérdida de la libertad por infracciones a las leyes del seguro. Nació un derecho penal general con delitos claramente definidos aún está por determinar un derecho penal social. Hay casos en que ciertamente parece que se configuran delitos comunes como cuando se produce infracción por defraudación o retención indebida de dineros descontados a los trabajadores. Sin embargo, aún no se da el caso de que prosperen acciones penales por estos aspectos.

En otros casos puede darse una sanción penal pero no por un delito típicamente social sino por otro orden, como en Cuba que al producirse defraudación al fisco por ingresar los dineros del seguro a las rentas generales del Estado no considera este fraude como un delito fiscal. Tal también es el caso de falsificación de documentos de afiliación o de aportes, que tendrán una acción penal ordinaria, pero que no la tienen especial por el delito social.

Todas las legislaciones sin excepción contienen enunciones principalmente del tipo de multa y de pérdida de prestaciones económicas para casos de accedimiento voluntario de la enfermedad o lesión, sin que se confunda esta situación con otras especiales ni se aplique ningún género de analogía como sería en el caso del alcoholismo.

5.5. La jurisdicción para la solución de los conflictos que se suscitan por razón de la aplicación de la ley entre empleadores y trabajadores o éstos y los entes gestores, que está establecida en todos los países hispanoamericanos. El procedimiento que se aplica es el común de agotar en principio el régimen interno de apelaciones ante la junta o consejo directivo y luego en algunos casos acudir a los tribunales laborales.

En un principio (Chile) concilian de estos nego-

cios los jueces civiles y en la República Dominicana la justicia contencioso-administrativa. Pero a medida que -- fueron creándose los jueces especiales del trabajo estos negocios pasaron a ser de su competencia. En Ecuador y Perú no existe procedimiento externo; todo conflicto se termina dentro de las mismas entidades, con un procedimiento que tiene como última etapa la apelación al Consejo Directivo del Instituto.

Bolivia tiene una jurisdicción para estos asuntos aún más especializada. Dentro de la justicia especial de la Corte Nacional del trabajo hay una sala de seguridad social que inclusive tiene como sueno un cuerpo de -- tres médicos asesores con especialidad en medicina social. México tiene un procedimiento también especial al ordenar que los litigios sobre prestaciones se resuelvan por la -- Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, que es un organismo de carácter permanente.

Paraguay tiene adscrito estos conflictos a la -- justicia ordinaria.

5.6. La prescripción, los privilegios especiales de que gozan las Cajas con otros tantos temas que no tienen variación de uno a otro país. Se han ido estereotipando de tal manera que prácticamente existe en igual tenor en todos los sistemas.

La prescripción del pago de las prestaciones económicas por razón de la administración, se produce en muy corto tiempo. La prescripción de los derechos a ciertas prestaciones económicas tienen un amplio margen y en algunas como en las pensiones de vejez, invalidez y muerte no prescribe el derecho a reclamarlas.

6.- PRESTACIONES SANITARIAS.

Incluimos en este capítulo el artículo publicado por nosotros en la Revista Iberoamericana de Seguridad Social en su número 2 de 1.965, dándole la ordenación de todo el estudio y con las debidas ampliaciones y correcciones que ahora se imponían.

La organización y desarrollo de las prestaciones sanitarias presentan las mayores dificultades en la aplicación de un sistema de Seguros Sociales. Estas dificultades provienen de diversos campos, aparte de las que ya se producen por sí en las mismas instituciones gestoras. En efecto, cuestiones tan fuera del alcance de los Seguros Sociales como son las condiciones de desarrollo general del país o de ciertos sectores, como las profesiones médicas o industrias farmacéuticas, influyen definitivamente en el más rápido o lento desenvolvimiento de estas prestaciones de salud.

Si miramos la otra gran vertiente de prestaciones que son las económicas, veremos que su organización y otorgamiento presentan dificultades, pero todas fácilmente salvables con una sana organización administrativa y financiera. La mecánica, en la prestación de estos beneficios es simple y depende todo su desarrollo de una buena es---

tructuración interna.

Es que, además, el objetivo de un programa de prestaciones sanitarias es la salud general.

Porque, como dice Martí Bufill, en su Derecho de Seguridad Social "Las prestaciones": "en efecto, la Seguridad Social supera el estadio de prestaciones sanitarias independientes en función de contingencias sociales diversas, para considerar en toda su integridad la razón de ser de toda prestación sanitaria: la salud". Es decir, que, como agrega más adelante el mismo autor: "Desde un punto fundamental, pierden entonces trascendencia la enfermedad, el accidente, la maternidad o cualquiera aspecto biológico del hombre para alzarse con todo su vigor, el concepto de salud como factor preponderante y esencial -- en toda la dogmática protectora sanitaria de la Seguridad Social".

Es, pues, la salud, en su gran sentido, lo que hay que considerar en un programa de prestaciones sanitarias; es la salud la que merece un estudio pormenorizado y especial, al planificarse un Seguro de enfermedad o maternidad, accidentes de trabajo o enfermedades profesionales en un país o en una región.

Los factores que determinan el grado de atención

de la salud en Iberoamérica son geográficos, biológicos, económicos, históricos y culturales, que son los que generalmente se citan como definitivos en la salud de un pueblo, y estos factores acusan caracteres demasiado alarmantes en nuestro grupo regional.

"La montaña, el desierto y la selva han ejercido un profundo efecto en la historia, la política y la organización social de América Latina" (USA) y América Latina. Tanenbaum). La inmensa despoblación de los campos y la mínima densidad de habitantes por kilómetro cuadrado forman el mayor problema geográfico. La América Central, con 2,750.000 kilómetros cuadrados, tiene una población de 71.000.000 de habitantes, y la América del Sur, con 17.793.000 kilómetros cuadrados, tiene una población de 153.000.000 de habitantes. Los datos anteriores nos dan una densidad de población de 26 habitantes por kilómetro cuadrado en América Central y de nueve habitantes por kilómetro cuadrado en América del Sur. Por países, Argentina, ocho habitantes por kilómetro cuadrado; Bolivia, tres; Brasil, nueve; Colombia, 13; Costa Rica, 25; Chile, 11; Ecuador, 17; El Salvador, 123; España, 61; Filipinas, 98; Guatemala, 37; Honduras, 17; México, 19; Nicaragua, 11; Panamá, 15; Paraguay, 5; Perú, 9; Portugal, 98; República Dominicana, 66; Uruguay, 16; Venezuela, 9. Además, debemos advertir que estos índices tan bajos de densidad de -

población, con excepción de algunos países, se agravan aún más al considerar la gran concentración de población en pocas ciudades y aldeas y la despoblación de los medios rurales. Si consideramos que en la mayoría de estas naciones la población urbana es apenas el 40 por 100 y la rural del 60 por 100, concluiremos que la campesina se halla desperdigada de tal manera que escasamente podemos dar una densidad de habitante por kilómetro cuadrado. Este factor de la dispersión de inmensos territorios influye decisivamente en la consecución de la salud para la población del país, dada la dificultad, casi diríamos la imposibilidad, de llegar hasta cada habitante, cada familia con los recursos sanitarios que sean necesarios en cualquier momento. Porque a este aspecto de la densidad y dispersión de la población debemos agregar otros propios de la geografía del país, como son los de las vías de comunicación, medios de transporte, etc.

Lógicamente, de todos los factores que determinan la consecución de la salud, el más preponderante es el biológico. Es como si dijéramos el problema mismo. Varios índices nos pueden dar la razón de este sentido biológico en Iberoamérica.

En primer lugar consideramos la llamada explosión demográfica. Es realmente problemático este sin igual crecimiento de la población. En general, para todo el gru

po de naciones puede darse un aumento neto del 3 por 100- de la población. Los altos índices de natalidad son los - que determinan este factor, aún contando con los también- altos índices de mortalidad. Según el Anuario de la ONU - 1962, el número de nacidos vivos por 1.000 habitantes en- Costa Rica es de 42,2; El Salvador, 48,4; Guatemala, 47,7; México, 44,7; Panamá, 40,9; Argentina, 22,1; Chile, 34,4; España, 21,3; Portugal, 24,5.

La mortalidad infantil tiene en algunos países- carácter de verdadero desastre; así, el número de falleci- mientos de niños hasta de un año por 1.000 nacimientos vi vos (no abortos), según el Anuario de la ONU 1.962, es: - En Costa Rica, de 77,0; El Salvador, 71,4; Guatemala, 91,3 México, 70,2; Portugal, 78,6; España, 41,1; Argentina, 61,1 Bolivia, 90,7; Brasil, 94,4; Colombia, 96,9; Ecuador 105,8 Nicaragua, 64,2; Perú, 85,6; República Dominicana, 108,3; Uruguay, 73,0; Venezuela, 58,7. Y como dato comparativo, - Estados Unidos, 25,1; Suecia, 16,6; Israel, 30,8;

La mortalidad, en general, según la ONU, para-- 1962, da por cada mil habitantes el siguiente número de - fallecidos: Bolivia, 20,2; Guatemala, 17,3; Ecuador, 15,1; Colombia, 12,8; El Salvador, 11,5; Chile, 11,9; Brasil, - 11,9; México, 10,6; Portugal, 10,8; Perú, 10,3; República Dominicana, 10,5; España, 9,9; Debido a los altos índices

de natalidad, la mortalidad no ha despoblado los países, pero si se han producido dos fenómenos; uno, el permanente envejecimiento de la población o elevación de la edad media (mortalidad infantil) y muy lenta elevación de la expectativa de vida al nacer. Respecto a este segundo problema, vemos cómo ya buena parte de los países civilizados han traspuesto los setenta años o están en ellos; en Iberoamérica todavía se tienen las siguientes cifras de expectativa de vida al nacer en 1.960: Ecuador, cuarenta y siete años; República Dominicana, cuarenta y siete; Guatemala, cuarenta y siete; Bolivia, cuarenta y siete; El Salvador, cincuenta y dos; Colombia, cincuenta y dos; Perú, cincuenta y dos; Brasil, cincuenta y cuatro; Chile, cincuenta y siete; México, cincuenta y siete; Venezuela, cincuenta y siete; Costa Rica, sesenta; Argentina, sesenta y seis; España, sesenta y ocho; Estados Unidos, setenta y uno; Canadá, setenta y dos; Israel, setenta y tres; Suecia, setenta y cuatro.

Dos aspectos fundamentales en este considerando biológico que determinan el grado de salud en Iberoamérica es el del personal científico para la atención y la posibilidad de hospitalización. Si exceptuamos pocos países, debemos aceptar que el déficit de profesionales es muy grande en la mayoría de las naciones hispanas, no en números relativos generales, sino por la concentración de pro

fesionales en determinados centros y la desatención de -
 otros, ya que si en las ciudades podemos tener un médico-
 por 1.000 habitantes, en el campo hay uno por 50.000 o más
 habitantes. La ONU, en su Anuario estadístico, trae para-
 1.963 los siguientes datos sobre número de médicos en algu-
 nos países: Argentina, 30.295; Bolivia, 657; Brasil, ---
 27.111; Chile, 4.621; Colombia, 5.970; Costa Rica, 458; -
 República Dominicana, 442; Ecuador, 1.656; El Salvador, -
 483; Guatemala, 730; Honduras, 154; Panamá, 401; Paraguay
 983; Perú, 5.061; Filipinas, 3.749; Portugal, 7.604; Espa-
 ña, 30.007; Uruguay, 1.164; Venezuela, 5.045; Estas cifras
 como dijimos antes, al compararlas con la población, nos-
 pueden dar la falsa idea de un índice aceptable de médi-
 cos por 10.000 habitantes, pero al examinar más a fondo -
 la cuestión, nos encontramos con el problema de la concen-
 tración de médicos en las grandes ciudades, hasta formar-
 una superabundancia con demérito de pequeños centros, al-
 deas y campos. De ahí que las cifras que damos a continua-
 ción deben ser tomadas como base en la aclaración ante---
 rior. Según la O.S.P., el número de médicos por 10.000 ha-
 bitantes, en distintos países, es como sigue: Argentina, -
 74,6; Bolivia, 55,8; Brasil, 54,7; Colombia, 73,5; Costa-
 Rica, 98,7; Chile, 55,8; Ecuador, 72,8; El Salvador, 58,5;
 Guatemala, 48,7; Honduras, 37,7; México, 54,8; Nicaragua,
 51,0; Panamá, 84,2; Paraguay, 32,0; Perú, 68,9; República
 Dominicana, 63,0; Uruguay, 69,9; Venezuela, 54,7; Otro --

personal científico, como odontólogos y enfermeras, tienen un índice reducido en conjunto en un 60 por 100 sobre las cifras dadas para médicos.

Es interesante también conocer el número de camas de hospitalización. Se ha tomado internacionalmente la medida de seis camas por 1.000 habitantes, como índice para una modesta atención de este tipo. Ahora bien, el concepto de cama juega mucho con el factor de estancia por enfermedad, y la estancia está en razón directa de la mayor o menor buena atención que se pueda prestar al enfermo en el centro hospitalario. De ahí que en muchos países aún el índice de seis camas por 1.000 habitantes puede ser bajo si la residencia sanitaria no reúne los requisitos indispensables para conseguir la pronta dada de alta a los enfermos y la consiguiente disminución de las estancias por enfermedad, multiplicando cama-día al máximo. Según al O.S.P., las camas hospitalarias por 1.000 habitantes en Ispanoamérica, en un recuento amplio de instituciones, es así: Argentina, 5,3; Bolivia, 1,8; Brasil, 3,5; Colombia, 3; Costa Rica, 5,1; Chile, 5; El Salvador, 1,4; Guatemala, 1,6; Panamá, 3,9; Paraguay, 2,2; Perú, 2,2; República Dominicana, 2,0; Uruguay, 6,1; Venezuela, 3,6.

Ciertamente, como se dijo en la última conferencia de Ministros de Salud, de América, "La situación actual

es un verdadero desafío". Es inmenso el trabajo realizado, pero aún están las cifras que nos presentan un estado necesariamente corregible tarea que corresponde, en gran parte, al Seguro Social por medio de sus servicios de prestaciones sanitarias.

Como resumen de lo anterior, citamos un aparte de las conclusiones de la Reunión de Ministros de Salud, de América, de 20 de abril de 1.963.

"De acuerdo con las informaciones disponibles - prevalecen en América Latina las infecciones, la desnutrición, el saneamiento deficiente, la vivienda y condiciones de trabajo insalubres, el vestido inapropiado, el bajo ingreso real de cada persona. Estos factores, en conjunto, dan una morbilidad exagerada; una mortalidad infantil y de los menores de cinco años -sobre el 40 por 100 del total de defunciones-; accidentado curso del embarazo, parto y lactancia en las madres, lo que se traduce en la limitación de la expectativa de vida al nacer. Son ellos responsables también de la escasa capacidad de los escolares; - del rendimiento limitado de las fuerzas del trabajo, además de un sentimiento de pesimismo frente a la vida. Estos problemas de salud tienen distinta distribución de uno a otro país, en el seno de cada uno de ellos y en el medio-urbano y rural".

Las condiciones de la salud vistas anteriormente han impuesto ciertas modalidades propias en las prestaciones sanitarias de los Seguros Sociales hispanoamericanos. Estas modalidades se refieren principalmente al territorio cubierto, las profesiones y las prestaciones mismas.

De esta manera, algunos de los principios científicos clásicos de los Seguros Sociales, como son los de universalidad, integridad e igualdad, no pueden ser cumplidos desde un principio en su totalidad.

No pueden ser llamados universalmente al goce de las prestaciones sanitarias todas las clases activas de un país, ni mucho menos todos los residentes; tan sólo pueden enunciarse este principio como una aspiración legal y no como una realidad actual.

Tampoco puede lograrse una prestación sanitaria íntegra, es decir, completa. Las normas internacionales que regulan los beneficios sanitarios deben ser recortadas necesariamente en muchos aspectos por falta de medios, por imposibilidad de dar toda la asistencia sanitaria requerida.

Lo mismo puede decirse respecto de la igualdad de las prestaciones sanitarias. La diferente modalidad de los diversos sectores dentro de un mismo país, de la ciudad al campo y de las aldeas a las montañas, hace que ne-

cesariamente deban ser desiguales estas prestaciones en -
la realidad.

Las leyes, sin embargo, consagran la necesidad-
de que estos principios adquirieran prontamente su efectivi-
dad, y cada día es mayor el grado de atención que alcanza.
Los postulados legales son amplios y ambiciosos y dan es-
pacio a toda suerte de extensiones.

Casi todos los países hispanoamericanos tienen-
establecido un sistema de prestaciones sanitarias de Segu-
ro Social. Solamente Argentina, Uruguay, y en parte Guate-
mala, no tienen establecidos estos beneficios. Argentina-
porque su tradición mutual ha frenado un poco el Seguro -
Social en este aspecto, y Uruguay por la misma razón, aun-
que últimamente son varios los reglamentos de este tipo -
de prestaciones que están apareciendo para varias Cajas -
de Previsión. También Argentina realiza estudios y proyec-
tos dentro de diversas Instituciones científicas para ---
crear una mentalidad de prestaciones sanitarias de Seguro
Social y poder llegar así a este fin. Guatemala ha adopta-
do, en principio, la prestación sanitaria por accidentes-
de trabajo y comunes, dejando por fuera, en una primera -
etapa, las enfermedades comunes y las profesionales.

Las prestaciones sanitarias en accidente de tra-
bajo y enfermedades profesionales han tenido una aplica--

ción más restringida aún. Colombia, Perú, etc., aún no han asumido estos beneficios, y en Ecuador se acaba de dictar la disposición legal para asumirlos.

La legislación en general es amplia para estas prestaciones, y con las excepciones dichas todos los países las conceden. Debe anotarse cómo ciertos países, ya sea por mandato legal o por propia iniciativa, han comenzado la implantación del Seguro Social por los riesgos de salud, dejando temporalmente aparte el establecimiento de los servicios de prestaciones económicas.

Para analizar los diferentes tipos de prestaciones sanitarias seguiremos la temática usada por Carlos -- Martí Bufill, en su obra citada, que comprende tres grandes grupos correspondientes a las tres contingencias de Seguros Sociales, en las cuales se encuentran estos beneficios: enfermedad, maternidad y accidentes y enfermedades profesionales. Comunes a estas tres contingencias están los tipos de prestaciones preventivas, curativas y de rehabilitación o reeducación.

6.1. Las prestaciones preventivas han tenido muy poco desarrollo en Iberoamérica. Ha sido este campo dejado a la actividad estatal general por medio de sus campañas de asistencia pública y de previsión nacional. Pero la atención propiamente preventiva de la enfermedad den--

tro de los grupos afiliados al Seguro Social no ha sido desarrollada; más se nota este abandono en la enfermedad, algo menos en la maternidad, lográndose algunos avances en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por medio de la medicina e higiene industrial.

El problema principal radica, sobre todo, en las enfermedades comunes por la ausencia de prestación económica para el proceso de un tratamiento preventivo. Se dice que mientras no haya una incapacidad actual para el trabajo, no puede haber un subsidio que reemplaza el salario. Sin embargo, ya se va abriendo el camino para considerar el período del proceso de atención preventiva como de incapacidad, aunque atenuada, para que dé derecho a la prestación económica.

Todos los países iberoamericanos establecen en sus estatutos fundamentales normas sobre medicina preventiva. Pero ciertamente éstas han tenido poco o ningún desarrollo.

Sin embargo, debemos mencionar dos países en los cuales estas prestaciones son muy eficaces y muy desarrolladas. Chile y Guatemala.

La última Ley general chilena de 1.952, 10.383, que con sus reformas es la actualmente en vigor, fijó en-

tre las prestaciones sanitarias las de la ley de medicina preventiva. Esta ley es la dictada en 1.938, Ley 6.174 y, por tanto, se halla prácticamente incorporada para los -- efectos sanitarios de los asegurados chilenos a su régi-- men general de la Ley 10.383.

La medicina preventiva en Chile tiene carácter de obligatoria. Por tanto, disposiciones sobre examen anual y tratamiento adecuado para el grupo de enfermedades que la ley especifica, no puede renunciarse.

Para hacer más efectiva la campaña preventiva, la ley incluyó solamente un grupo de enfermedades que daban el mayor índice de morbilidad y mortalidad en el país: tuberculosis, cardiovasculares y venéreas; posteriormente se incluyó también el cáncer. Estas cuatro enfermedades son diagnosticadas precozmente por medio de exámenes obligatorios anuales y tratadas. Pero, además, esta atención sanitaria se complementa con la prestación económica. Si por cualquier razón del tratamiento se hiciese necesaria la ausencia, aunque prolongada, del trabajo por parte -- del asegurado, y aunque en realidad no exista en sí una -- incapacidad laboral (cáncer incipiente, venéreas, algunas cardiovasculares), por los servicios de medicina preventiva le será cubierto el subsidio al trabajador hasta la -- totalidad de su salario. La duración del tratamiento es -- indefinida.

Ya hemos visto que en Guatemala el régimen de prestaciones sanitarias se refiere a las debidas por accidentes en general (comunes y del trabajo) y un programa materno-infantil. Por tanto, no existen aún las relativas a la enfermedad común ni la profesional.

Por lo que respecta a las prestaciones de medicina preventiva, la atención está bastante desarrollada para las contingencias cubiertas.

Se establece para los accidentes en general - (común y del trabajo) un sistema de servicio preventivo industrial y de medicina preventiva propiamente tal. El reglamento respectivo comienza por declarar que "las labores de prevención y protección contra accidentes tienen mayor importancia aún que el propio tratamiento y -- rehabilitación". El Instituto guatemalteco de Seguros - sociales establece las normas de higiene industrial y - nombra inspectores para su estricto cumplimiento. Además, organiza dentro de las empresas comisiones mixtas - de empleados y trabajadores para velar por la higiene - industrial, uso de aparatos de protección, etc.

Además, como normas propias de medicina preventiva en general, y para esta misma contingencia de - accidentes en general, el I.G.S.S. establece exámenes - anuales obligatorios, con el fin de diagnosticar precoz

mente alguna propensión o causa latente de un posible accidente en general, ya sea por defectos congénitos o enfermedades adquiridas.

Con el objeto de hacer más explícita esta disposición el reglamento respectivo fijó una serie de enfermedades que pueden tener relación o ser causa de accidentes en general. Se divide la lista en cuatro grupos: el primero se refiere a enfermedades crónicas que puedan ser compatibles con el trabajo; el segundo, a enfermedades que disminuyan o eliminen la aptitud para librarse de los peligros, por ejemplo, decrepitud; tercero, enfermedades con manifestaciones paroxísticas, epilepsia, por ejemplo; cuarto, enfermedades que puedan tener una terminación mortal por el trabajo realizado, como las cardiovasculares. La lista es muy amplia y recoge, en general, todos los tipos de dolencia que puedan producir accidentes.

También en este Seguro se dan prestaciones económicas especiales.

Las prestaciones preventivas para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, además de la legislación que hemos visto, han tenido en los Seguros Sociales iberoamericanos un desarrollo más amplio que -

en enfermedad y maternidad.

6.2. Las prestaciones sanitarias curativas por enfermedad, se dan, con excepción de Argentina y parte-- de Uruguay, en todos los países iberoamericanos; con el Seguro Social de Honduras se completó el cuadro general-- de este tipo de beneficios. Estas prestaciones se dan -- principalmente a través de las instituciones de Seguros-- Sociales para sus beneficiarios. Chile, tiene creado un-- sistema especial semejante en algo al inglés o al de las instituciones de Europa Oriental: el Servicio Nacional - de Salud.

Este servicio es un ente autónomo paraestatal-- con organización independiente y personería jurídica. Tie-- ne por objeto no tan sólo dar las prestaciones sanitarias curativas del Seguro Social, sino también atender al pro-- blema de la salud general en todo el país, incorporando-- dentro de su estructura, además del Seguro Social en sí, otras instituciones de asistencia social no contributi-- vas como beneficencia, asistencia pública, asistencia a-- indigentes, etc.

El Servicio Nacional de Salud está bajo la res-- ponsabilidad de un Director General nombrado por el Pre-- sidente de la República. Forman también parte de la di-- rección un Consejo Nacional integrado por el Ministro de

Salud, el Director General del Servicio Nacional de Salud el Director del Seguro Social, el Decano y un profesor - de la facultad nacional de medicina, dos representantes del Colegio Médico, dos representantes de empleadores, - dos representantes de trabajadores, cuatro del poder legislativo, dos del Presidente de la República y el Superintendente de Seguridad Social.

Existen para el funcionamiento de la entidad - dos grandes departamentos: uno técnico y otro administrativo. El departamento técnico lleva las tareas de recuperación de salud, fomento de salud, inspección y planeamiento y arquitectura. Este departamento técnico dirige las trece zonas de salud del país y los Institutos Bacteriológico y de Control de Productos Biológicos.

Cada una de las trece zonas tiene bajo su dependencia el hospital base, los hospitales periféricos y -- los hospitales de especialidades. Cada unidad zonal está dividida en áreas.

Las áreas están encargadas de los consultorios periféricos y las postas sanitarias.

Dentro de las tareas de recuperación de salud - están las de consulta médica y hospitalaria, farmacia, - odontología, enfermería, trabajadoras sociales, rehabilitación, cancerología.

Dentro de la Protección a la Salud están las de epidemiología, higiene, control de alimentos, y medicina e higiene industrial.

En Fomento de la Salud están la protección materno-infantil, nutrición, menores con problemas y salud mental.

En los otros países, la prestación sanitaria - curativa se da directamente por servicios organizados -- por las instituciones de Seguro Social. A este efecto, - la respectiva entidad contrata al personal científico ne cesario, variando la vinculación médica de un país a otro tema, del cual hablaremos más adelante; construya e al-- quila sus hospitales, organiza sus propios laboratorios - clínicos y de rayos X, etc. Esta es la modalidad que podemos llamar general en los países de América hispana; - la de contar con servicios propios.

En enfermedad común, la prestación asistencial - es completa en todos los países, y comprende la consulta médica general y especializada, quirúrgica, dental, farmacia, hospitalaria, de laboratorio, etc.

El período de calificación ha desaparecido en las legislaciones más recientes; sin embargo, subsiste - en las leyes dictadas en los años 40. Tal es el caso de-

Colombia, Venezuela, etc. Otros países con disposiciones más antiguas han hecho desaparecer este período de calificación en sus reformas recientes.

En principio puede decirse que estas prestaciones sanitarias por enfermedad tienen carácter individual para el cotizante. Algunos países como Chile, Bolivia, -- Panamá, Ecuador, etc., han extendido el servicio a la esposa e hijos menores del cotizante. Costa Rica tiene establecido un servicio familiar con cotización aparte, -- que da buenos resultados. Otros países, como Colombia, -- reduce su atención a beneficiarios solamente al hijo hasta los seis meses.

Pero también existe el caso contrario en que -- no todos los cotizantes tienen derecho a la consulta médica. Guatemala tiene establecido que a partir de un límite de ingresos los cotizantes no tienen derecho a consulta médica, en virtud de acuerdo con el cuerpo médico.

La duración de la atención sanitaria se extiende en principio, y como norma general, hasta veintiseis-semanas, y muy comunmente hasta cincuenta y dos semanas. Sin embargo, países como Chile, Bolivia, etc., extienden esta prestación indefinidamente. Además, al cumplirse el plazo de atención por el Seguro de Enfermedad, estos asegurados pasan a recibir las prestaciones de Seguro de In

validez, prestaciones económicas y las sanitarias debidas a los pensionados. El problema está en los países en que no existe el Seguro de Invalidez: Colombia, Venezuela, - etc.

En cuanto a la duración de la asistencia, debe mos hacer mención del período de protección que existe - en todas las legislaciones. Este período, que es general mente de dos meses, sirve para proteger al trabajador -- cuando quedare cesante y, por consiguiente, no cotizante. Se atenderá al trabajador durante todo el tiempo legal - por las enfermedades que hubiere adquirido durante este período.

No existe en los Seguros hispanoamericanos, co mo norma general, reembolso por gastos médicos; excepcio nalmente, todos los sistemas indemnizan al cotizante que por causas imputables al Seguro no hubiere obtenido los servicios; esta indemnización se hace al precio de costo del servicio. Tampoco existe en ningún país la participa ción del asegurado en el coste de la asistencia médica.

La vinculación médica, que en un principio se hizo a través de las corporaciones científicas, pronto - desapareció, para llevarse a cabo individualmente con ca da médico, y en la actualidad, como norma general, por - intermedio de los Sindicatos o Federaciones gremiales mé

dicas, odontológicas, farmacéuticas, etc. Así, en casi to dos los países existen verdaderos conventos colectivos en tre las instituciones de Seguros sociales y los gremios-científicos. Inclusive, en Guatemala existen reglamentadas por leyes y decretos las relaciones entre el cuerpo médi co y el I.G.S.S. ^{En} tre las cuestiones principales que fi jan estas disposiciones encontramos la del escalafón, -- normas de ingreso, elección de los candidatos de las federaciones, remuneraciones, vacaciones, más amplias que las laborales generales, reconocimiento de la antigüedad y fijación del límite de ingresos sobre el cual no se -- prestará consulta médica al cotizante, de que ya habla-- mos anteriormente. Venezuela también tiene convenios especiales, lo mismo que Colombia, Bolivia, Panamá, etc.

6.3. La atención sanitaria por maternidad también es muy amplia en todos los países, y comprende la - necesaria asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, - hospitalaria, etc., durante el embarazo, el parto y el - puerperio, y atención pediátrica completa al recién nacido.

Es casi general el período de calificación en esta prestación; sin embargo, México, Chile y Paraguay - dan la atención sanitaria inmediatamente.

Los beneficiarios en esta prestación son, en -

primer lugar las cotizantes y también las esposas de los cotizantes. En América hispana se suele dar la atención también a las mujeres que conviven con el trabajador, da do el gran porcentaje de uniones libres. Pero para evi--tar cualquier favor a esta situación ilegal, se exige -- que la unión sea permanente y singular, es decir, que no se pueda cambiar de compañera, y que sólo exista una con-cubina. La disposición que vimos en Guatemala sobre el -- límite de ingresos, sobre el cual no se da consulta médi-ca, no rige para la maternidad.

La duración de esta prestación en todos los -- países corresponde al período de la gestación, el parto y el puerperio. Sin embargo, vimos cómo se extiende hasta los seis primeros meses del nacido por razón de la -- atención pediátrica, que también se da en todos los países. Excepcionalmente, por este Seguro se tienen otras -- prestaciones, que también aumentan el período de aten---ción. Así, por ejemplo, a la fase infantil, o sea de los seis meses a los seis años (Guatemala).

La prestación de lactancia puede bien quedar -- en el tipo de prestaciones sanitarias, dado que en muchos países es una prestación en especie eminentemente dieté--tica para la salud del recién nacido. Vistas las condicio-nes de alimentación que en los medios trabajadores de -- América hay, esta prestación tiene especial importancia.

A este respecto, las leyes tienen a apoyar el criterio científico de que el ideal es que las madres -- alimenten a sus hijos, por lo menos, hasta los seis meses. Ahora bien, en esta prestación puede presentarse un doble aspecto: o que las madres, médicamente, no puedan alimentar debidamente a sus hijos, o que sí lo puedan hacer. En el primer caso, que no lo puedan alimentar, cabe la prestación en dinero o en especie; la prestación en dinero tiene el inconveniente de que, en medios populares, se destina a otros menesteres y no a la lactancia del recién nacido; queda la prestación en especie, o sea entregando la leche en polvo a la madre. Este último sistema también tiene inconvenientes, pero pueden ser corregidos fácilmente. Los inconvenientes son: difícil administración de la prestación, posibilidad de venta de la leche, utilización de la misma como comida de adultos. -- La dificultad de administración suele olvidarse montando distribuidores en los consultorios o ambulatorios. En lo relativo a la posible venta del producto, suele evitarse alterando el empaque de tal manera que quede invendible, por estar abierto y sin presentación. La tercera situación, de utilización por los adultos, se suele obviar rectificando la leche, en la misma casa productora, con vitaminas u otros productos que sean benéficos para el niño y de mal gusto para el adulto.

Pero esta prestación a la madre que no pueda --

alimentar debidamente a su hijo es una invitación para - que la que sí pueda hacerlo procure eliminar su posibilidad para recibir la prestación. Por esto, y para evitar este perjuicio al recién nacido, la madre que sí pueda - alimentar a su hijo debe recibir una prestación como aliciente a su disposición y para ayudar a su propia alimentación. Esta prestación puede ser en dinero, o también - en especie. Más social y específica será la dada en especie, o sea un suplemento nutritivo para la madre.

La mayoría de los países hispanoamericanos adoptan la prestación de lactancia en especie: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Nicaragua, Paraguay; otros -- países adoptan la prestación en dinero: El Salvador, México, Perú, etc. También se adopta la modalidad de prestación de lactancia como suplemento nutritivo: Chile, -- Guatemala y, en parte, Colombia.

6.4. Las prestaciones sanitarias en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tienen, como en la enfermedad común, la misma amplitud y la especialidad correspondiente al género de la enfermedad; en este sentido, todos los países estatuyen el establecimiento delos primeros auxilios: la consulta, cirugía, hospitalización, etc., y necesarios aparatos ortopédicos y protésicos, así como las medidas de rehabilitación y reeducación.

Para el otorgamiento de esta prestación, en general, no se exige período de calificación; sólo en paíse lo exige, y muy moderado. La amplitud de la prestación legal llega hasta la completa recuperación del trabajador. Las legislaciones todas están acorde en terminar esta atención al llegar la declaración de invalidez que da entrada a las prestaciones económicas.

Ya dijimos que todas las legislaciones tienen establecido en sus programas prestaciones de rehabilitación, que, en realidad, no han podido ser desarrolladas. Esta prestación tiene carácter de obligatoria en las legislaciones, y no se concede la incapacidad permanente -- por períodos mayores de tres o cuatro años.

Pero la rehabilitación, en algunas de las legislaciones iberoamericanas (Guatemala, Venezuela, Chile), llega no sólo a la otorgada en caso de invalidez por accidentos de trabajo o enfermedades profesionales, sino a la proveniente de cualquier contingencia común, inclusive de maternidad. Llega también, según la ley, a contemplar los residuos pequeños de invalidez provenientes de incapacidades temporales, y que, por sus porcentajes minimos, no dan lugar a la declaratoria de rehabilitación -- cuentan con prestaciones económicas.

Se otorgan, en todas las legislaciones donde -

existan los Seguros Sociales para estas contingencias, - los aparatos protésicos y de ortopedia.

En general, la prestación sanitaria por estos riesgos profesionales, es en todos los países, muy amplia y especializada.

Las enfermedades profesionales son tomadas en varias legislaciones como accidentes de trabajo, mediante definición especial (Ecuador, Nicaragua), o con la clásica lista de enfermedades profesionales adoptada por el resto de legislaciones.

Hemos hecho ligera mención de la rehabilitación porque, comúnmente, las legislaciones incluyen este beneficio dentro de las prestaciones sanitarias, no siéndolo ya que forma un grupo aparte, separado de las prestaciones económicas, de las sanitarias y de las asignaciones familiares. Basta considerar que la invalidez no es una enfermedad; es justamente la culminación de un proceso de medicina curativa y recuperativa que redunde en una incapacidad que produce la invalidez, pero dentro de un estado general de salud, porque sin ésta no puede comenzarse la rehabilitación ni la reeducación.

6.5. Otra importante prestación sanitaria que tiene un gran desarrollo en Iberoamérica, es la hospitalización. Todas las legislaciones la establecen para te-

das las contingencias de salud (enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales). Además, los reglamentos médicos dan una amplia aplicación a esta prestación, con tendencia a procurar la atención, en la mayor parte de los casos que la permitan, dentro de instituciones hospitalarias. Los requisitos y períodos de duración de esta prestación son iguales a los de consulta en general.

La forma más usada actualmente para dar este beneficio es el internamiento en instituciones propias o alquiladas; por la dificultad en tener los dos medios anteriores, algunos países han tenido que acudir al sistema de reembolso, pero como medida excepcional. Sin embargo, Perú, Colombia, etc., tienen todavía para sus afiliados la posibilidad de acudir a otros centros sanitarios y recibir del Seguro social una suma igual a lo que hubiera costado su atención en la institución propia.

Todos los países están en vías de tener magníficos centros hospitalarios. Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Panamá, Nicaragua, Paraguay, construyen centros hospitalarios para dar la atención propia.

Merécese, sin embargo, que destaquemos como ejemplo el caso del Perú. En primer lugar, destacar cómo antes de iniciar prestaciones el Seguro Social Obrero, ini

ció la construcción de una extensa red de hospitales financiados con la contribución de los empleadores y del Estado; los trabajadores no pagaron cuota en esta primera etapa. De esta manera se inauguró, entre otros, en 1941, el Hospital Obrero, de Lima, que fué el primer centro hospitalario construido por el Seguro Social en Iberoamérica. Esta institución, que hoy puede parecerse algo anticuada, fué un modelo en su época; todos los Seguros Sociales tomaban este hospital como ejemplo, con sus 900 camas, distribuidas en: 400, de Medicina General; 350 de cirugía; 60, de maternidad, y 100, de tuberculosis. En el mismo centro funciona consulta externa y reparte de medicamentos. Otras instituciones hospitalarias del Seguro Obrero fueron construidas, y actualmente forman un total de 16.

Pero es que, además de este importante hecho peruano del Hospital Obrero, debemos mencionar el Hospital Central de la Caja Nacional de Seguro Social del Empleador. Este moderno centro fué inaugurado en 1958, y es un ejemplo magnífico actual. Cuenta con 1.200 camas, en habitaciones de una o dos camas. Su servicio científico es excelente, y la dotación es de las mejores de América. Además de este magnífico hospital, existe, en Arequipa otro con 350 camas, y nuevos hospitales, en Chiclayo y otros centros, han sido construidos.

México también cuenta con una muy buena red -- hospitalaria de Seguro Social. Son cerca de 50 hospitales y 100 clínicas los que el I.M.S.S. ha construido para su servicio; además, cuenta con otro buen número de instituciones gubernamentales o privadas que tiene bajo diversos contratos. Así, de las 10.000 camas con que cuenta -- el Seguro Social para sus necesidades, 6.500 son propias. Entre todas estas instituciones propias, sobresalen el -- Hospital de la Raza, en ciudad de México, con 900 camas, y el Centro Médico del I.M.S., con 2200 camas, distribuídas en varios bloques: de cirugía, 400; pediatría, 400; maternidad, 300; cáncer, 160; traumatología, 400; tuberculosis, 300 y reposo, 240.

En Chile, sus tradicionales hospitales han pasado a ser propiedad del Servicio Nacional de Salud. Así el Hospital de San Juan de Dios, de Santiago, reconstruído en 1954, y con 715 camas. El Hospital Salvador también es otra institución clásica en el país; tiene 1.400 camas. Fuera de Santiago han ingresado, al Servicio Nacional de Salud, otras instituciones.

Y así en todos los países. Es muy grande la labor que se realiza en este sentido, pues el déficit de -- camas propias para los Seguros Sociales es muy grande, y los costos en instituciones privadas producen series de -- equilibrios presupuestales."

Aunque no nos hemos referido en este estudio a las prestaciones sanitarias españolas, por razón de estar en vía de reglamentación su moderna Ley de Bases de la Seguridad Social, no podemos dejar de mencionar el maravilloso plan de instalaciones sanitarias del I.N.P. español, cuyo prestigio pasó ya las fronteras del país y - gosa, internacionalmente, de justo renombre, y su relación debe ser motivo de un estudio especial.

Finalmente debemos anotar que esta prestación-hospitalaria suele influir en el beneficio económico por incapacidad temporal, ya que varias legislaciones, como en Bolivia, Colombia, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Venezuela, etc., el subsidio disminuye en un 50 por 100 o más cuando la incapacidad se produce con hospitalización.

6.5. La prestación farmacéutica, en Iberoamérica, es muy amplia, sin llegar a poder afirmarse que es totalmente libre. Ante todo, debemos observar que ningún país exige costo alguno en los medicamentos; no existe, - pues, participación del cotizante para esta prestación.

Aunque la posibilidad de expedición es muy amplia, existen los formularios, petitorios o vademécums - en la mayoría de los servicios, fuera de los cuales el médico no puede prescribir. Una Comisión científica revi

sa constantemente estas listas, para introducir en ellas los nuevos productos y eliminar los que no presten el mérito suficiente. Poseen este sistema de listas: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Venezuela, República Deminicana.

El servicio se da, generalmente, por institu--ciones propias de despacho y de elaboración, tratando de eliminarse las farmacias privadas para evitar los altos-costos que esta prestación tiene. Poseen servicios pro--pios de despacho: Venezuela, Paraguay, Guatemala, El Sal--vador, etc., y servicio de elaboración, Colombia, Brasil Chile.

Además, algunos países han introducido el sis--tema de la formulación por medio de nombres científicos--de los productos, eliminando los nombres comerciales. Este sistema (Colombia) ha dado muy buenos resultados, so--bre todo para la eliminación de los fraudes. Todos los -países van adoptando la entrega de los productos con los empaques meritados para evitar su comercio (México, empa--que verde).

Perú, en el Seguro del Empleado, tiene, en par--te, un sistema de reembolso al paciente de lo gastado --por él en la compra de los productos en farmacias priva--das; el reembolso se hace sobre base de tarifas propias--del Seguro.

En esta materia, la Reunión de Ministros de Salud, de 1.963, de que ya hemos hablado, recomienda el establecimiento de un mercado común latinoamericano de productos biológicos mediante la aplicación de la producción a nivel gubernamental, de acuerdo con necesidades continentales e iniciando de inmediato el intercambio de dichos productos. Encomienda, además, la Reunión de Ministros eliminar aranceles de aduana y sistemas impositivos para el libre intercambio de estos productos. Además es conveniente agregar que se estudien medidas gubernamentales para el incremento de la producción de drogas de calidad óptima y a precios rebajados. Debe activarse el control de los productos en mercado y de la fuente de producción, con objeto de garantizar la pureza, eficacia terapéutica y calidad de las drogas.

7.- LAS PRESTACIONES ECONOMICAS.

Así como la salud es en realidad el objeto en general de las prestaciones sanitarias, también se puede afirmar que el salario es el objetivo de las prestaciones económicas; el salario como factor fundamental en la vida del trabajador y de la nación y considerado en su sentido más amplio inclusive, como rendimiento económico del esfuerzo personal o trabajo, ya sea dentro de un ambiente de relación por cuenta ajena o de actividades independientes. Esta preocupación del seguro por su objetivo salario en las prestaciones económicas se nos muestra, no sólo al producirse las contingencias que se conforman con las prestaciones económicas, sino también al contribuir a que el salario se acomode a la más estricta justicia con prestaciones como las de asignaciones familiares que procuren cumplir más exactamente el concepto de salario adecuado equitativo o vital.

Desde luego, el seguro no quiere que el trabajador no perciba su salario, tanto por el aspecto psicológico como por otros económicos. En efecto, la situación del subsidiado o pensionado es menos agradable para la persona que cuando se tiene conciencia de estar produciendo su propio sostenimiento y el de su familia.

Económica, el seguro no mira bien la etapa de cesación del salario porque ésta trae como consecuencia la cesación de aportes y el pago de prestaciones econó-

micas. Además la economía general del país se resiente - por estos períodos de incapacidades para producir sala--rio, por la fuerza laboral que se pierde; basta ver a este respecto los altos índices de ausentismo que se presentan en las estadísticas de muchos sistemas.

El Seguro debe, por consiguiente, defender el-salario tanto en la posibilidad de su percepción, como - en su cantidad para ser adecuado o vital. Esta defensa - del salario se produce plénamente en la prestación económica, al producirse una incapacidad; entonces al desapa-recer el salario, entra inmediatamente la prestación económica a reemplazar su falta y a revivirlo en todo su poder económico. Pero es que además, existe una protección al salario anterior y posterior a la incapacidad. Todas-las medidas de las prestaciones sanitarias, preventivas-y curativas además de defender la salud, lo que buscan,-más que todo dentro de un sistema esencialmente laboral, como es el seguro social, es defender la capacidad de --trabajo que conlleva la capacidad de obtener salarios. - Esto es más claro, si observamos que en muchos casos en - que la prestación sanitaria está siendo dada, sin embar-go, la económica se demora, se dilata para que el equilibrio del binomio capacidad-salario no se pierda. De la - misma manera podemos ver que las prestaciones de reeducación, rehabilitación, etc., son medidas que tienden, no-sólo a conseguir la recuperación de la salud, sino más -

que todo la recuperación de la capacidad de ganancia, o sea, la defensa del salario. Es tan claro lo anterior -- que las incapacidades permanentes no se dan en muchas -- legislaciones, sino por periodos de tres o cuatro años, -- ya que la Ley espera traer nuevamente al pensionado al -- trabajo, es decir, al salario máximo, teniendo en cuenta que la rehabilitación que en estos periodos se da, no es una atención sanitaria pues justamente la rehabilitación comienza cuando la enfermedad ha terminado.

La prestación económica actúa con todas las -- particularidades de un verdadero salario y de ahí la importancia de la prestación económica dentro de la economía general; hay que tener en cuenta que, aunque en Hispanoamérica los salarios no representan un porcentaje sobre la renta nacional, como en los países desarrollados -- sin embargo, sí significan un fuerte volumen de la misma renta nacional. Así, por ejemplo, en Argentina, para --- 1962, es del 53,1%; en Brasil, 64,8%; Colombia, 42,9%; - Costa Rica, 64,0%; Cuba, 63,5%; En 1958: Ecuador 50,0%; - Honduras, 50,3%; Panamá 69,1 %; Perú, 37,2%; en 1960. --- (Anuario de estadísticas del Trabajo, OIT, 1964). Este -- poder de los salarios en la renta nacional es el que ayu da a sostener la prestación económica reemplazándolo y -- procurando su percepción.

Ya está muy estudiada la prestación económica -- en su función de salario como redistribuidora del ingreso --

nacional. Estas transferencias tienen especial significación de la población activa hacia la pasiva, mediante los pagos, principalmente, en los regímenes de reparto -- que son y serán los más, de prestaciones directamente -- provenientes por recursos de aportes en el "intermediario", reservas o rentas de inversiones.

También puede presentarse como distribuidor entre distintos sectores de actividades económicas, cuando como en Argentina, mediante el Fondo Compensador, que ya estudiamos, los superávites de aportes de un grupo de trabajadores de una Caja, financian los déficits por prestaciones de otro grupo de trabajadores afiliados a distinta Caja de Jubilación.

La transferencia se hace también en el tiempo, ya que mediante el sistema de aportes escalonados, como en Colombia y Venezuela, las prestaciones económicas de los primeros beneficiarios con aportes bajos, se sufragam con los ingresos de las posteriores cotizaciones de más de alto nivel.

No creemos del caso repetir aquí, una vez más, el papel de la prestación económica como sostenedora de los volúmenes de consumo mediante el mantenimiento del -- poder de compra del trabajador, inválido o anciano, ni -- las demás circunstancias económicas con que los salarios- (las prestaciones económicas) influyen en la economía general de un país.

7.1. Las prestaciones por incapacidad temporal

toman el nombre de subsidios, así como las por incapacidad permanente y muerte tienen el nombre de pensiones. Aunque, en realidad, cada vez es más normal encontrar un cuadro general de prestaciones económicas determinando más por los efectos que produce, incapacidad temporal o permanente, parcial o total, que por las causas o contingencias que la -- originan, para los sistemas hispanoamericanos el cuadro de prestaciones económicas se configura legalmente, tanto por la contingencia como por la incapacidad producida en razón de la gran separación en que se estructuran los distintos riesgos, dado el carácter necesario de etapas que la misma ley establece.

Los beneficiarios de estas prestaciones económicas en nuestros países, se determinan por la ley y deede-- luego en aquellas en que puede serlo el trabajador mismo, -- lo es; no así en la muerte que en la línea de beneficiarios se amplía en gran manera en algunos regímenes (Guatemala) -- o se restringe demasiado. El concepto sucesorio del Código Civil cede el paso al más amplio de personas a cargo del -- derecho laboral. Estudiaremos esta prestación en razón de cada una de las contingencias que pueda originarla.

7.1.1. Enfermedad. El subsidio por enfermedad -- existe en todas las legislaciones hispanoamericanas. Lógicamente en aquellos países en donde esta contingencia no -- está cubierta, no existe la prestación económica (Guatemala, Argentina, Uruguay).

El valor del subsidio se liquida en porcentaje sobre el salario y así, Brasil paga el 70%; Colombia , - 66,6%; Costa Rica, 50%, Cuba, 50%; Chile, 100%; El Salva dor, 75%; Nicaragua, 60%; Panamá, 50%; Paraguay, 50%; -- Perú, 50%; República Dominicana, 50%.

El subsidio se liquida según categorías de salarios en Venezuela y México, en este último país, equivale a un 60%.

En Bolivia, el subsidio es del 100% del salario mínimo más el 70% de excedente entre el salario mínimo y el salario de base.

Varía el subsidio según el tiempo de duración de la incapacidad, por ejemplo, en El Salvador, que después de los primeros 60 días de incapacidad el subsidio se reduce al 40% del salario.

La cuantía del subsidio se reduce con la hospitalización en Bolivia, al 40%, si no tiene persona a cargo; al 60% si tiene cónyuge u otro familiar; al 80% si tiene hijos menores o más de un familiar; en México a la mitad si no hubiese personas a cargo. En El Salvador a la mitad, en caso de hospitalización sin personas a cargo. Otros países como Paraguay, Perú, Cuba, también tienen esta reducción.

Brasil aumenta el monto del subsidio en 1% del valor del salario regulador por cada doce contribuciones mensuales pagadas y hasta un máximo del 20%.

Casi todos los países tienen un período de calificación para otorgar esta prestación económica. Así,-- por ejemplo, PARAGUAY exige seis semanas de aportes dentro de los cuatro meses anteriores a la enfermedad; República Dominicana, seis semanas de aportes dentro de -- los nueve meses anteriores a la incapacidad. Costa Rica, exige para el pago del subsidio el mismo período de calificación que para las prestaciones sanitarias por enfermedad, o sea, veinte días de aporte en las cuatro semanas anteriores a la enfermedad.

Topes máximas y mínimas de subsidio se dan poco en Hispanoamérica. Costa Rica, por ejemplo, establece que no puede pasar el subsidio del 50% sobre 1.000 colones de salario. Colombia y México, con tablas de categorías de aportes, prácticamente también fijan un tope máximo al liquidar los más altos salarios sobre la última categoría.

El período de espera está fijado en todos los países. Tres días es el más común adoptado. Sin embargo, Costa Rica fija cuatro días, Paraguay, siete días; Brasil, quince días; Panamá, dieciocho días; República Dominicana, seis días.

La duración de esta prestación es normalmente de 26 semanas. Algunos países fijan otros períodos, Bolivia mientras duren las prestaciones en especie, Brasil -

24 meses; El Salvador 52 semanas; México 78 semanas.

7.1.2. Maternidad.-- Las prestaciones económicas por maternidad tienen una amplitud mayor que las de enfermedad común. Para comenzar podemos decir que existe la prestación en todos los países inclusive Argentina, Guatemala y Uruguay.

Tanto los montos de las prestaciones como los períodos de las mismas y demás condiciones, hacen de este subsidio un beneficio cada vez más amplio en favor de la situación materno infantil.

La mayoría de los países liquidan el subsidio en porcentaje sobre el salario; este porcentaje es generalmente más elevado que el de enfermedad y llega al 100; como en el caso de Colombia, Chile, Panamá, etc. Argentina paga una suma fija que resulta muy pequeña de acuerdo con el costo de vida. Bolivia sigue el mismo sistema de enfermedad y da el 100% del salario mínimo más el 70% del excedente del salario base sobre el salario mínimo.

Es de advertir que se otorgan prestaciones también en asignaciones familiares como en Colombia, Chile, Argentina, Brasil y Uruguay, Brasil paga una cuota única igual al salario mínimo.

Los períodos de calificación son en general altos, comunmente entre 6 y 12 meses y los lapsos por los cuales se paga el subsidio varía entre 4 y 6 semanas an-

teriores y posteriores al parto.

7.1.3. Cesantía voluntaria.-- Tres países, Uruguay Chile y Ecuador, tienen establecidos sistemas de seguros de pago. En realidad por las prestaciones que veremos, es tes sistemas no tienen todas las características de verdaderos seguros de cesantía, sino que son iniciativas -- tendientes a favorecer ciertos grupos de población o ensayos de este seguro en los mismos trabajadores.

Como dijimos anteriormente, esta contingencia, la menos cubierta en Hispanoamérica, no tiene gran arraigo dentro de los países, por la concepción que hay, de-- que no existe ~~certamente~~ el problema de desempleo. Sin embargo, al hacer el análisis de esta cuestión varios países (Bolivia, México, Venezuela) han encontrado que el fenómeno ha ido apareciendo no en forma alarmante con -- grandes masas de desempleo, sino con grupos que por su número ya requieren atención.

En 1951 se establece en el Ecuador el seguro de cesantía del magisterio. En 1953 se crea en Chile una indemnización por años de servicios semejante a un seguro de paro y en 1958, Uruguay establece en la Caja de Jubilaciones de la Industria y Comercio un seguro de paro.

En Ecuador, actualmente cubre este seguro ^a todos los afiliados a las Cajas de Previsión en virtud de sucesivas ampliaciones que se hicieron desde 1951 hasta-

1958, en que se puede decir que se generalizó el sistema. La gestión es llevada por distintas cooperativas profesionales y la financiación se hace con aportes del empleador y del trabajador. Para tener derecho a la prestación se requieren, por lo menos, 24 imposiciones mensuales y una cesantía mayor de dos meses.

Las prestaciones que es lo que más nos interesa en este capítulo, son en dinero y de tipo capital, entregadas de una sola vez; su cuantía está en relación directa con el número de aportes hecho y con un coeficiente dictado anualmente por las cooperativas.

En caso de muerte del asegurado y aporte del seguro de supervivencia del régimen general, los hijos y el cónyuge tienen derecho al beneficio de cesantía.

El seguro de paro chileno tampoco es en realidad un auténtico servicio de desempleo; nació en 1953 -- sin que hubiera sido contemplado en el estatuto general de 1952. El servicio de seguro social administra esta prestación y recibe para su financiación, el 2% de los salarios pagados por los empleadores sin contribución del trabajador.

La ley contempla para la prestación, el caso de una especie de paro definitivo del trabajador o paro involuntario temporal. El paro definitivo por cumplir se

senta años, o invalidez absoluta, jubilación por vejez, -
 dá derecho a una prestación de tipo capital, por una so-
 la vez, equivalente a un mes de salario por cada año de
 trabajo. Para tener derecho a esta prestación se requie-
 re un mínimo de 1.560 imposiciones semanales. En caso de
 muerte del trabajador esta prestación se paga a los ben-
ficiarios de pensiones de viudedad y orfandad. Esta es -
 pues, una auténtica indemnización por años de servicio, -
 devolución de ahorros o salario diferido, pero no se equi-
 para a lo que es un seguro de paro.

La otra prestación que se dá en caso de paro -
 involuntario y temporal se parece más a un seguro de ce-
 santía, ya que se paga durante seis meses a partir del -
 segundo de paro involuntario. Su cuantía es igual al 75%
 del promedio de sueldos de los últimos seis meses.

Uruguay en 1958 establece el seguro de paro --
 por si corresponde a un verdadero sistema de cesantía in-
voluntario y que, por tanto, se aleja de los dos anterio-
 res que hemos relacionado.

Este seguro cubre la gran población afiliada -
 de la Caja de Industria y Comercio que es la que adminis-
tra esta contingencia. Para financiar el seguro la Caja-
 cuenta con varias rentas principalmente con los aportes-
 de los empleados iguales al 1% de los salarios y 1% a -

cargo de los trabajadores.

Para tener derecho a las prestaciones se requiere estar en paro involuntario, no gozar de pensión ni -- prestación económica ninguna, no encontrarse en huelga, -- tener más de quince años y haber pagado aportes por lo -- menos durante seis meses. El trabajador no puede rechazar -- en causa legítima, un empleo conveniente.

El monto del subsidio es igual al 50% de los -- salarios y 20% por personas a cargo. El subsidio se paga hasta por 120 días durante un año.

Existen bolsas de trabajo organizadas por la misma Caja para complementar con un servicio de empleo -- las prestaciones económicas.

7.1.4. Accidentes de trabajo y enfermedades -- profesionales.-

Las prestaciones económicas para este riesgo -- son, generalmente, más amplias que para enfermedad y -- accidente común. Por razón de la misma circunstancia profesional que tiene la contingencia ciertas condiciones -- que se exigen en otros seguros no se piden aquí. El periodo de calificación y el tiempo de carencia se eliminan y la prestación se da desde el primer día de acaecido el accidente. Bolivia y Honduras exige un tiempo de --

carencia de tres días y Guatemala, a partir del segundo día.

La prestación se otorga generalmente, por medio de subsidio pagaderos con la misma periodicidad del salario; en esta incapacidad temporal no se da el tipo de indemnización por una sola vez.

El porcentaje sobre el salario es la forma más acogida en nuestros países para la liquidación de la prestación y su cuantía normalmente es la misma que en la prestación por accidente o enfermedad común. Sin embargo, Brasil tiene un régimen especial de accidentes y por la ley de seguro social la Caja respectiva otorga una prestación económica complementaria. La duración del subsidio es la misma de la enfermedad común y terminándose ésta se pasa a la calificación por riesgo profesional de la invalidez.

7.2. Incapacidad permanente.— Las prestaciones económicas por esta incapacidad están consideradas en todos los países con excepción de aquellas en que no se consideran todavía las contingencias de invalidez por larga enfermedad común, vejez y muerte (Colombia, Guatemala, Honduras) y aquellos en que el seguro de accidentes forma parte de la legislación de tipo patronal.

Estas prestaciones económicas, ya lo dijimos —

fueron las más acogidas en un principio, dado que siempre su administración fué más expedita y los aportes para su financiación, lo mismo que su régimen financiero, permitieron crear grandes capitales de reserva que también facilitaron la instalación de seguros de salud. Es, pues, la prestación que más antigüedad tiene en América y la que más feliz desarrollo ha tenido a pesar de los graves problemas que por motivos de los regímenes financieros adoptados ha sufrido. Las graves crisis monetarias y depreciaación de nuestros países han producido fuertes impactos en la mayoría de los sistemas, sobre todo, en los más antiguos como los argentinos. Ha dijimos cómo el seguro argentino, actualmente en realidad, es un sistema puramente de jubilaciones y pensiones.

7.2.2. Vejex.— El concepto de viejo en Hispanoamérica es esencialmente legal y no biológico, como en todos los sistemas del mundo. Se presume una invalidez que producen los años en la incapacidad laboral. La edad de vejex ha cambiado enormemente desde las primeras leyes.— Pero es que también ha variado a favor naturalmente, la edad media de vida, la expectativa de vida que se tiene ahora al nacer, en América. Desde los 35 años que se tenía en algunos países como expectativa de edad, ahora se ha pasado a 60 y 65 años. Las distintas formas de mayor nivel de vida, tanto en el trabajo como en la salud,

la alimentación, vivienda y vestido, han hecho que esta expectativa aumente cada vez más.

De ahí que ahora la edad de retiro se haya modificado y se encuentre en una mayor frecuencia, aunque - no general, de 60 años para hombre y 55 para mujeres. Hace treinta años era normal encontrar sistemas en los que se pedían jubilar trabajadores a los 35 y 40 años. Ahora son menos, son excepcionales estos casos. Es que también ahora las leyes se hacen más técnicamente y existen mayores posibilidades de estudiar los distintos factores que influyen en la determinación de la edad de retiro.

Como decimos la edad más común, aunque no general, de retiro es la de 60 años para el hombre y 55 como la más reciente ley venezolana, para la mujer. Algunos países no hacen esta distinción de sexos y exigen la misma edad como México y Costa Rica, que fija 65 años para toda persona; República Dominicana y Paraguay, 60 años.- Se dan también edades menores como en Bolivia, donde se fija 50 y 55 años para mujeres y hombres respectivamente; Chile 65 y 55 años para hombres y mujeres, también respectivamente.

Argentina ha unificado últimamente (1964) la edad de retiro de los hombres en 55 años; la edad de las mujeres sigue como antes en distintas cifras, según la Caja a que pertenezcan, desde 47 en los regímenes ferro-

viarios hasta 55 años en otros organismos.

La forma de otorgar la prestación es la de pago periódico y no indemnización de una sola vez o capital, Se dan todavía para pequeños períodos de aportes, de veluciones de éstos, pero esta práctica está siendo eliminada (Bolivia).

El sistema de valoración de la pensión se hace en porcentaje sobre el salario. Se fija una cuantía básica para un determinado número de años, de aportes y aumentos por mayores períodos de cotizaciones. Así Brasil exige sesenta cuotas mensuales para el 70% del salario regulador. La pensión se aumenta en 1% por cada doce meses de aportes, pero sólo hasta completar el 100% de salario. Chile para ochocientas semanas de aportes en hombres y quiaientas en mujeres, otorga una pensión igual al 50% del salario e incrementos de 1% por cada cincuenta semanas de aportes sobre este mismo. En Argentina varía mucho, de acuerdo con la respectiva Caja, pero, en general, puede decirse que la cuantía básica es la jubilación ordinario íntegra, o sea el 82% de la remuneración del cargo que ejercía el titular de la prestación; existe, además, un tope de cuantía que juega para reducirla a partir de un monto fijo. En Bolivia para 180 cotizaciones mensuales da derecho al 50% del salario base y se incrementa en un 1% por cada doce meses de aportes sobre

el mínimo; en este seguro para los afiliados que tengan menos de 180 aportes mensuales, reciben una indemnización de capital.

Un problema que va teniendo actualidad en Hispanoamérica, es el del trabajo por cuenta ajena del pensionado; esta cuestión corre parejas con el problema del desempleo que, como dijimos, ya comienza a presentarse en algunos países. En principio y dado el mercado amplio de trabajo de algunos países, la ocupación asalariada por cuenta ajena, del pensionista no es prohibida; es más, en Panamá, la Corte Suprema de Justicia declaró que este era un derecho constitucional de todos los panameños. Otros países como Perú, prohíbe el trabajo asalariado; en Brasil, Chile y Ecuador, se prohíbe el ejercicio del trabajo en la misma profesión y oficio en que se obtuvo la pensión.

7.2.2. La invalidez ha tomado en Hispanoamérica ya, en todas las legislaciones el concepto moderno de disminución económica; esta disminución de la capacidad de trabajo se considera entre el 50 y 70% en las distintas legislaciones. Bolivia establece un 60%; Paraguay 66%; Costa Rica, 66%; México 50%.

Los montes de las pensiones de invalidez son, en general, los mismos de las que vienen en vejez, para los periodos de calificación se fijan entre las 36 y 50-

cotizaciones mensuales.

7.2.3. En accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las prestaciones económicas por incapacidad permanente son más amplias que las de invalidez, provenientes del accidente común o enfermedad común.

Como en el caso de la incapacidad temporal y más generalizado aquí, no se exige período de calificación.

Las incapacidades permanentes parciales se sugieren pagar de acuerdo con una tabla de valuación de incapacidades, así en Bolivia, México y aún para las permanentes totales, como en Paraguay.

La incapacidad permanente total da derecho a una pensión cuyo monto, calculado sobre el salario, se fija sobre el 60% (El Salvador, Chile, etc.) del salario en la mayoría de los sistemas.

Ya vimos cómo la legislación de Guatemala contempla el accidente en general que da prestaciones para el accidentado común y del trabajo. Por razón de este especial enfoque del accidente las prestaciones también se presentan de manera particular. De esta manera vemos que el seguro Guatemalteco no tiene por tanto la edificación de accidente ocurrido por causa o con ocasión del trabajo para efecto de prestaciones, por accidente se en

tiende "toda lesión orgánica o funcional que sufra el --
trabajador y que se haya producido por acción externa y
repentina y violenta".

Estudiamos en las prestaciones sanitarias los-
servicios preventivos industriales que son controlados --
por inspectores de seguridad y comisiones de seguridad --
organizados por el empleador con personal mixto de trabaj-
jadores y patronos.

Por lo que respecta a las prestaciones económi-
cas por incapacidad permanente, la ley de Guatemala que-
se produce ésta cuando la mutilación o daño físico "es --
irreparable o el trastorno funcional es definitivo".

La cuantía de la prestación no se hace de ---
acuerdo con los salarios, sino de monto fijo según una p-
bla de valuación de incapacidades. Cuando la indemniza--
ción sea mayor, la entrega se hará en diferentes conta--
dos.

La cuantía se fija por Unidad de Beneficios Fg
cunarios, que es un cociente que resulta de la conside-
ración de los salarios en general del país, costo de vi-
da, etc.

7.3. Muerte. La prestación a supervivientes es
generalmente considerada en los países en donde existen --
los riesgos de invalidez y vejez. En aquellos como Colon

bia, Guatemala, El Salvador en que no existen estos seguros, tampoco se cubre la contingencia, muerte. Algunos países como Perú, que contando con otros seguros de pensiones no prestaban pensiones a viuda e huérfanos, la han establecido en sus últimas reformas de 1961.

Para tener derecho a prestación se exige un período de calificación de 150 a 200 semanas de aportes. México fija 150; semanas; Panamá, 36 mensuales; Costa Rica, 36 mensuales.

Los beneficiarios siempre son la esposa o compañera permanente y los hijos menores o incapacitados. - También se da más amplitud en los beneficiarios como en Guatemala, a los padres; Bolivia a padres y hermanos, - etc.

La cuantía de la prestación se fija en un total para todos los pensionados del 100% del salario a pensión que percibía el difunto dividida por mitades entre la viuda y los otros beneficiarios con derecho a acrecer entre ellos.

En caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional se exige, generalmente, período de calificación.

8.- ASIGNACIONES FAMILIARES.

Este es el tipo de prestaciones más recientemente cubierto y, por lo tanto, aún no lo tiene la mayoría de los países. Sólo Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay presentan, bien sea dentro del mismo sistema de seguros sociales o como entidad aparte, un cuadro de prestaciones por subsidios familiares.

Bien es verdad que formas parecidas se presentan en otros países, pero como complementos a los regímenes de pensiones, pero en realidad estas asignaciones son más bien adiciones a las prestaciones por incapacidad -- permanente o muerte y no auténticas asignaciones familiares.

La primera disposición de carácter general dictada al efecto fue la de Chile el 31 de julio de 1953 mediante el decreto ley 245. La ley 10.383 de 1952, sobre régimen general del seguro chileno no había previsto esta prestación. Bolivia también en 1953 creó el Servicio que con las debidas reformas y adiciones fue incorporado en el código de Seguridad Social de 14 de diciembre de 1956. En 1957 Argentina y Colombia estructuraron también esta nueva prestación y finalmente, Brasil el 1º de diciembre de 1963 establece un régimen de subsidios familiares.

Los grupos de trabajadores acogidos a estos sistemas, son en los distintos países de gran amplitud. Ar-

gentina, fuera de algunos grupos menores, tiene acogidos a los trabajadores de la industria y comercio; Bolivia, da la prestación a todos los afiliados al régimen general de seguros; Colombia fija la prestación para trabajadores /"económicamente débiles"/ y empresas con gran capital y un número superior de trabajadores. Brasil también incluye a los afiliados a los distintos sistemas de previsión, pero con límite de ganancias. Chile da prestaciones a los obreros afiliados al sistema general; hay dentro de sistemas particulares también este grupo de seguros.

Se debe anotar que esta prestación tuvo en Argentina y Colombia un nacimiento anterior al de la ley. En efecto, en Colombia comenzó por voluntad de instituciones patronales y en Argentina por convenios colectivos - que incluyeron este servicio dentro de las obligaciones de los empleadores.

8.1. Tipos de prestaciones.- Desde luego, la más universal es la dada en rama de la educación y manutención de los hijos. Los distintos países la contemplan como primordial. Brasil la otorga por todos los hijos menores de 21 años ó 24 para estudiantes y desde el primer hijo. Argentina también desde el primer hijo, con gran amplitud de concepto y hasta los 15 ó 18, si es estudiante. Bolivia de igual manera, por todos los hijos, desde-

el primero y hasta los 16 años y 19 si estudian, pero a partir del primer año; el concepto de hijo es también muy amplio; durante el primer año se paga el subsidio de natalidad y de lactancia. Chile paga a hijos legítimos y naturales de cualquiera de los cónyuges menores de 18 años o de 23 si son estudiantes. Colombia paga por los hijos menores de 18 años o inválidos, como en todos los países.

3.1.1. Otros tipos de prestaciones..- Se dan, además de esta asignación por ración de los hijos, que es la base de todo sistema, prestaciones más amplias por otras personas y acontecimientos familiares. Así Bolivia tiene establecido un subsidio prefamiliar que ampara al asegurado que no reciba subsidio matrimonial; el subsidio matrimonial se otorga para los cónyuges; el subsidio de natalidad se da por el nacimiento de un hijo; el de lactancia, ya vimos que se da durante el primer año de vida; el de sepelio por muerte del hijo.

Chile, además de la prestación por hijo, paga asignación por la esposa legítima; los hijos por nacer desde el sexto mes de embarazo; el padre y madre a cargo, mayores de 65 años; por la madre viuda de cualquier edad; padres inválidos de cualquier edad.

Colombia, además del subsidio por ración de los

hijos, ejerce dentro de la organización de la Caja Colombiana de subsidio familiar una gran acción social con Almacenes y Farmacias populares, consultorios médicos infantiles, laboratorios clínicos y centros de enseñanza,

8.2. Administración. La gestión está encomendada en Chile, Bolivia, y Brasil al régimen general de seguros sociales. Argentina tiene, sobre la base de una ley de legislación, dos principales instituciones, la Caja de subsidios familiares de la Industria y su similar del Comercio. En Colombia la ley reglamenta la prestación, pero permite, cumplidas ciertas formalidades, la creación de entidades que cumplan con la obligación legal. Esto se debe a que cuando la ley hizo obligatorio el subsidio ya existían entidades creadas privadamente, que daban con gran éxito la prestación. La ley no podía desconocer su existencia y su buen funcionamiento y necesariamente debía permitir que continuaran su existencia, tal como lo permitió en Francia y Bélgica.

8.3. La cuantía de la prestación se paga en función del salario, bien sea para tener derecho a la prestación, como en Colombia, o para calcular su costo, como en otros países. Bolivia tiene una tabla de asignaciones, según una tabla de salarios; de acuerdo con esta tabla cada prestación tiene un monto, en función de la cuantía del salario, bien sea para subsidio familiar, un

trimestral, de natalidad, de lactancia, familiar propiamente dicho o de sepelio.

Brasil paga una suma fija por hijo. Argentina, el 10% del salario vital mínimo y móvil, que corresponde a una remuneración que abarque todas las necesidades de vida, además se paga una pequeña suma por escolaridad. En Chile se paga porcentaje sobre remuneración diaria igual a 0,35% del salario medio de pensiones que fija en el año. Colombia tiene un auténtico sistema de compensación; del monto total de aportes, calculado semestralmente, se deduce un 3% para administración; un 10% para reservas, el resto se divide entre el gran total de hijos a subsidiar.

5.4. Financiación.— Los recursos para esta prestación provienen, salvo Chile, exclusivamente del sector patronal. La cuantía varía según la calidad y cantidad de las prestaciones. En Colombia el aporte de los empleadores es igual al 4% de los salarios; Chile cobra el 22% a los empleadores y el 2% de cuota laboral; Brasil, el 3%.

9.- REHABILITACION.

Propiamente no puede hablarse aún en Hispanoamérica de servicios de rehabilitación que concuerden con el amplio sentido de esta prestación. Aunque todas las legislaciones lo consideren como uno de los beneficios más significativos y necesarios socialmente, en realidad, hasta ahora, sólo intentos esperanzadores pueden mencionarse. En esta línea de programación y desarrollo gradual están Venezuela, Cuba, Brasil y Guatemala. En este último país la rehabilitación es de carácter obligatorio, sin la cual no se puede recibir otra prestación económica o sanitaria. Pero lo más importante es que existe una pensión de rehabilitación que, aunque muy pequeña, sin embargo marca orientación para fijar un complemento necesario a esta prestación; este servicio no se opone a los demás económicos que por incapacidad concede el seguro, ni a un posible trabajo por cuenta ajena, dentro de los límites fijados por los médicos. Venezuela también realiza grandes adelantos para la configuración de un verdadero servicio de rehabilitación e inclusive ha fundado la primera Escuela de Rehabilitación en Hispanoamérica.

No obstante lo anterior, la rehabilitación es aún la prestación que está por desarrollar en nuestros países, más que las asignaciones familiares. En actualmente el momento de estas dos prestaciones hacia donde se dirigen los estudios para su otorgamiento.

Al finalizar este estudio debemos recordar lo que decíamos en la introducción. Señalamos un conjunto de orientaciones generales del momento actual del seguro social hispanoamericano que va tomando carácter propio y fisonomía autóctona.

No hemos incurrido en la reseña de multitud de datos numéricos en las distintas prestaciones, como períodos de calificación, tiempos de carencia, edades, porcentajes, que varían de un día para otro y que se dicen nada en un cuadro general. Nuestro propósito ha sido el de fijar tendencias y descubrir el camino que ahora ya de una manera propia, empiezan a recorrer los distintos seguros sociales en los países de la América hispana.

- - - - -

10.- CUADROS SINOTICOS.

Los cuadros sinóticos que aparecen a continuación han sido elaborados sobre la siguiente legislación básica:

Bolivia.

Código de Seguridad Social de 14 de diciembre de 1.956.

Reglamento del Código de Seguridad Social de 30 de septiembre de 1.959.

Colombia.

Ley 90 de 1.946.

Decreto 2.690 de 1.960.

Decreto 1.698 de 1.960.

Decreto 3.041 de 1.966.

Costa Rica.

Ley 17 de 1º de noviembre de 1.941.

Reglamento de Enfermedad Maternidad de 1.952.

Reglamento de Invalidez, Vejez y Muerte de 1.960.

Chile.

Ley 10.383 de 1.959.

Decreto 615 de 1.956.

Decreto 755 de 1.959.

Ley 6.174 de 1.938.

Decreto Ley 245 de 31 de julio de 1.953.

Ecuador.

Ley del Seguro Social Obligatorio-Codificada en 1.959.

Decreto 517 de 1.963.

Decreto 615 de 1.963.

El Salvador.

Ley 1.263 de 1.953.

Decreto 37 de 1.954.

Guatemala.

Decreto-Ley de 1.946.

Reglamento sobre Prestación de accidentes en general de 1.949.

Reglamento sobre protección materno infantil de 1.952.

Honduras.

Ley del Seguro Social de 1.959.

Reglamento de Aplicación del Seguro Social Obligatorio de 1962

México.

Ley del Seguro Social de 1.942.

Nicaragua.

Ley Orgánica del Seguro Social de 11 de noviembre de 1.955

Reglamento de 23 de octubre de 1.956.

Perú.

Ley 8.433 de 12 de agosto de 1.936.

Ley 13.640 de 21 de abril de 1.961.

Decreto supremo n° 13 de 1.961.

Reglamento de la Ley 13.640 de 1.961.

Ley 13.794 de 1.961.

Reglamento de 11 de enero de 1.962.

Ley 14.069 de 7 de mayo de 1.962.

República Dominicana.

Ley 1.396 sobre Seguros Sociales de 23 de diciembre de 1.943.

Reglamento 8.566 de 6 de enero de 1.949.

Venezuela.

Ley del Seguro Social de 11 de julio de 1.966.

CAMPO DE APLICACION

Países	Contingencias	Asegurados
Bolivia	Enfermedad-Maternidad, Invalidez-Vejez-Muerte; Riesgo Profesional. Asignaciones familiares.	Asalariados: Postpuestos: domésticos, a domicilio, campesinos e independientes.
Colombia	Enfermedad-Maternidad, Invalidez-Vejez-Muerte; Riesgo profesional.	Asalariados incluso ciertas categorías de campesinos: Postpuestos: independientes y domésticos.
Costa Rica	Enfermedad-Maternidad, Invalidez-Vejez-Muerte.	Asalariados incluso ciertas categorías de campesinos, domésticos, ciertas categorías de independientes empleados públicos.
Chile	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte; asignaciones familiares, Cesantía.	Asalariados urbanos, rurales, pescadores, mineros y domésticos; independientes.
Ecuador	Enfermedad-Maternidad; invalidez-Vejez-Muerte; Riesgo profesional, Cesantía.	Asalariados privados y públicos, domésticos, a domicilio, mineros y pescadores; independientes. Postpuestos: campesinos.
El Salvador	Enfermedad-Maternidad; Riesgo profesional.	Asalariados: Postpuestos: campesinos - domésticos e independientes.
Guatemala	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte; Riesgo profesional. En la actualidad accidente en general (común y del trabajo). Protección materno-infantil.	Población económicamente activa incluso funcionarios públicos y campesinos. Postpuestos: domésticos, independientes y pescadores.
México	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte; Riesgo profesional: Cesantía.	Asalariados urbanos y ciertas categorías de campesinos y pescadores. Postpuestos: independientes, a domicilio y domésticos.
Nicaragua	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte; Riesgo profesional: Resocupación	Asalariados urbanos y ciertas categorías de campesinos; empleados públicos; Postpuestos: domésticos, a domicilio e independientes.

Países	Contingencias	Asegurados
Perú Obrero	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte.	Asalariados privados incluso ciertas categorías de campesinos Postpuestos: domésticos, a domicilio, independientes.
Perú Empleado	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte.	Empleados públicos, privados y bancarios.
Rep. Dominicana	Enfermedad-Maternidad; Invalidez-Vejez-Muerte, Accidentes.	Asalariados y trabajadores independientes, del comercio, de la industria, la producción y campesinos.
Venezuela	Enfermedad-Maternidad; Riesgo profesional; Paro forzoso. Invalidez-Vejez-Muerte.	Asalariados urbanos, campesinos, domésticos, a domicilio e independientes.

Bolivia	<p>Enfermedad-Maternidad: Trabajador 2.5% patrono 10.0% Invalidez-vejez-muerte: Trabajador 5.0% Patrono 5.0% Riesgo profesional: Patrono 7.0% Asignaciones familiares: Patrono 6.0% Vivienda Patrono 2.0% Estado para todo el régimen: 6.0% Trabajador pasivo: 5.0% de las pensiones. Total todo el sistema: 43.5% más 5.0% de las pensiones: Estado 6.0% Patrono-30.0% Trabajador: 7.5% Pensionado 5.0%</p> <p>Enfermedad-maternidad: Trabajador 2.0% Patrono 4.0% Estado 2.0% Total 8.0% Invalidez-vejez-muerte: Primeros 5 años. Patrono 3.0% Trabajador 1.5% Estado 1.5% (Total 6.0) Después 5 años: Patrono 4.5% Trabajador 2.25% Estado 2.25% (Total 9.0%) Después 10 años: Patrono 6.0% Trabajador 3.0% Estado 3.0% (Total 12.0%) Después 15 años: Trabajador 3.75% Patrono 7.5% Estado 3.75% (Total 15.0%) Después 20 años Patrono 9.0% Trabajador 4.5% Estado 4.5% (Total 18.0%) Después 25 años: Patrono 11.0% Trabajador 5.5% Estado 5.5% (Total 22.0%). Riesgo profesional: a cargo exclusivo de la empresa según 5 clases de riesgos y grados del 1 al 100.</p> <p>Enfermedad-maternidad: Trabajador 3.0% Patrono 3.0% Estado 1.0% Con protección familiar: Trabajador 4.0% Patrono 5.0% Estado 2.0% Invalidez-vejez-muerte: Trabajador 5.0% Patrono 2.5% Estado 2.5% Total: 10.0% Total general 17.0% Con protección familiar 28.0% Impuesto sobre el tabaco.</p> <p>Todo el régimen: Afiliados 7.5% Patronos 36.0% Estado 5.5% Total General 19.0% más gravámenes a subsidios y pensiones y ciertos impuesto fiscales. El Servicio del Seguro Social entrega al Servicio de Salud el 4.5% de la cuota del trabajador y el 5.5% de la contribución del Estado.</p> <p>Todo el régimen: Trabajador 10.0% Patrono 7.0% Estado 4.0% de las pensiones: Riesgo Profesional: Patrono 1.0% Trabajador 1.5% Total sin aporte Estado 19.5%</p> <p>Todo el régimen: Patronos 5.0% Trabajador 2.5% Estado 2.5% Total 10.0%</p> <p>Accidente común: Patrono 3.0% trabajador 1.0% Estado 1.5% Protección materno-infantil: Patrono 2.0% Trabajador 1.0% Estado 1.0% Total ambos sistemas 9.5%</p> <p>Infermedad-Maternidad: 9.0% Omvañodez-vejez-muerte: Desempleo 6.0% Riesgo Profesional (promedio) 1.84% Régimen urgano: Trabajador el 3.75% Empresa 11.21% el Estado 1.88% Régimen rural a repartir en partes iguales Estado y Trabajador.</p>
Colombia	
Costa Rica	
Chile	
Ecuador	
El Salvador	
Guatemala	
México	

Según salario base

Nicaragua	Rodo el Régimen: Trabajador 3.0% Patrono 6.0% Estado 4.0% Riesgo Profesional: 1.5% Pensionados 4.5% Estado 1.5% de las pensiones. Total sin los aportes de los pensionados 14.5%
Perú	
Obrero	Todo el régimen Trabajador 3.0% Patrono 6.0% Estado 2.0% Fondo de Jubilaciones obreros: Trabajador 2.0% Patrono 2.0% Total: 15.0% Impuesto sobre bebidas alcohólicas.
Empleado	Empleados particulares: enfermedad-maternidad: Trabajador 3.0% Patrono 3.5% Estado 0.5% Total 7.0% Invalidez-vejez-muerte: Trabajador 1.0% Patrono 2.0% Total 3.0% Todo el régimen 10.0% Empleados públicos: Enfermedad-maternidad: Trabajador 2.5% Empleados 3.0% Total: 5.5% invalidez-vejez-muerte Empleador 3.0% Pensionados 5.0% de la pensión total todo el régimen 8.5% más 5.0% de las pensiones.
Rep. Dominicana	Todo el régimen: Patrono 5.0% Trabajador 2.5% Estado 2.5% Total 10.0% Riesgo Profesional: a cargo de la empresa.
Venezuela	Enfermedad-maternidad: Cotización bipartita por partes iguales de asegurados y empleadores, cubriendo el Estado los gastos de administración, Riesgo profesional a cargo del empleador en primas según riesgos que suponen 4 clases y 8 grupos de salarios.

PRESTACIONES

Enfermedad: a) en especie.

Países	Asistencia Médica	Duración	Beneficiarios
Bolivia	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica.	26 semanas prorrogables a 52	Cónyuge marido inválido o mayor de 55 años, hijos hasta 18 años o sin límite de edad si son inválidos, - padre inválido o mayor de 60 años - madre, hermanos y otros familiares Pensionados.
Colombia	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental y farmacológica	180 días con - posible prórroga.	Hijos menores de 6 meses.
Costa Rica	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	52 semanas con posible prórroga.	Cónyuge e hijos hasta 18 años madre y padre de 65 años o inválido.
Chile	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	Ilimitada	Cónyuge e hijos menores de 15 años Pensionados.
Ecuador	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	26 semanas prorrogables a 52	Hijos menores de 2 años pensionados.
El Salvador	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	26 semanas prorrogables a 52	Esposa en el caso de enfermedad - proveniente de la maternidad.

PRESTACIONES

Enfermedad: a) en especie.

Países	Asistencia Médica	Duración	Beneficiarios
México	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica.	52 semanas prorrogables por 26 semanas más	Cónyuge e hijos menores de 16 años o 25 si estudian, padres. Pensionados.
Nicaragua	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	26 semanas prorrogables a 52	Hijos hasta 2 años. Esposa en caso de enfermedad proveniente de la maternidad. Pensionados.
Perú	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica.	52 semanas prorrogables a 52	Pensionados.
Obrero	General y especializada. quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	52 semanas prorrogables por 26 semanas más	Pensionados
Empleado			
Rep. Dominicana	General y especializada, quirúrgica hospitalaria, dental, farmacológica	26 semanas	Esposa en el caso de enfermedad proveniente de la maternidad.
Venezuela	General y especializada, quirúrgica, hospitalaria, dental, farmacológica	26 semanas	Cónyuge e hijos menores de 15 años, hermanos huérfanos, padres, inválidos.

Países	Calificación	Subsidio	Duración
Bolivia	1 mes de cotización en 2 meses anteriores a la enfermedad.	100% del salario mínimo más 70% del salario base sobre el excedente del salario mínimo.	26 semanas prorrogables a 52
Colombia	5 cotizaciones semanales	2/3 del salario base	180 días con probabilidad de prórroga.
Costa Rica	4 cotizaciones semanales anteriores a la enfermedad.	50% del salario base	26 semanas
Chile	13 cotizaciones semanales en los últimos 6 meses.	85% del salario base	52 semanas
Ecuador	6 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores a la enfermedad	75% del salario base en las 10 primeras semanas 66% en adelante.	26 semanas prorrogables a 52
El Salvador	Estar afiliado	75% salario base en los 60 primeros días, 40% en adelante.	26 semanas prorrogables a 52
México	6 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores a la enfermedad.	60% del salario base	52 semanas prorrogables hasta 78
Nicaragua	12 cotizaciones semanales en las 26 semanas anteriores a la enfermedad.	60% del salario base	26 semanas prorrogables a 52

Enfermedad: b) en dinero

Países	Calificación	Subsidio	Duración
Perú abrero	4 cotizaciones semanales en los 120 días anteriores a la enfermedad	70% del salario base	26 semanas prorrogables a 52
Empleado	4 cotizaciones mensuales en los 6 meses anteriores a la enfermedad	70% del salario base empleados públicos - sueldo completo durante 30 días.	11 meses
Rep. Dominicana	6 cotizaciones semanales en los 9 meses anteriores a la enfermedad	50% del salario base	26 semanas
Venezuela	Estar afiliado	66% del salario base	26 semanas.

Maternidad

Países	Subsidio	Atención Médica	Duración
Bolivia	100% del salario mínimo más 70% del excedente del salario mínimo	Ginecológica-Obstétrica, Pediatría,	6 semanas antes y 6 después del parto
Colombia	100% del salario base	Ginecológica-Obstétrica, Pediatría.	4 semanas antes y 4 después del parto
Costa Rica	50% del salario base	Ginecológica-Obstétrica, Pediatría.	30 días antes y 30 después del parto
Chile	85% del salario base	Ginecológica-Obstétrica, Pediatría.	6 semanas antes y 6 después del parto
Ecuador	75% del salario base	Ginecológica-Obstétrica. Pediatría.	3 semanas antes y 4 después del parto
El Salvador	75% del salario base	Ginecológica-Obstétrica Pediatría.	12 semanas.
Guatemala	100% del salario base	Ginecológica-Obstétrica Pediatría.	30 días antes y 42 después del parto y asistencia al niño por 2 años.
México	60% del salario, 120% 8 días antes y 30 después del parto.	Ginecológica-Obstétrica Pediatría.	42 días antes y 42 después del parto

Maternidad

Países	Subsidio	Atención Médica	Duración
Nicaragua	60% del salario base	Ginecológica-Obstétrica Pediatria.	6 semanas antes y 6 después del parto
Perú Obrero.	70% del salario base	Ginecológica-Obstétrica Pediatria.	36 días antes y 36 después del parto.
Perú Empleado	70% del salario base	Ginecológica-Obstétrica Pediatria.	42 días antes y 42 después del parto.
República Dominicana	50% del salario base	Ginecológica-Obstétrica Pediatria.	6 semanas antes y 6 después del parto.
Venezuela	66% del salario base	Ginecológica-Obstétrica	6 semanas antes y 6 después del parto.

Países	Calificación	Concepto	Pensión
Bolivia	60 cotizaciones mensuales, 18 en los últimos 36 meses	Pérdida laboral del 60%	50% del salario base 1% por cada 12 meses cotizados sobre 18 meses. 50% por gran invalidez.
Colombia	150 cotizaciones semanales en 6 años anteriores a la invalidez 75 de las cuales correspondan a los últimos 3 años	Pérdida laboral de 2/3- considerando ocupación y región.	45% del salario mensual base, más - 1.2% por cada 50 semanas que exceda de 500 cotizaciones semanales; 7% - por hijo menor o inválido, 14% por cónyuge inválido o mayor de 60 años 50% por gran invalidez.
Costa Rica	36 cotizaciones mensuales.	Pérdida laboral de los- 2/3.	40% del salario base más 1% por cada 12 cotizaciones sobre las 36.
Chile	50 cotizaciones semanales o exigiendo densidad a - partir de 400 cotizaciones	Pérdida laboral del 70% (absoluta) 40% (parcial) considerando capacidad y profesión.	50% del salario base, 10% por hijo y 1% en exceso de 500 cotizaciones. Pensión complementaria.
Ecuador	60 cotizaciones mensuales.	Pérdida laboral del 50% considerando edad, sexo y ocupación	43.75% de los 5 años de mejor retribución más 1.25% por año de afiliación que exceda de los 5.
México	150 cotizaciones semanales.	Pérdida laboral del 50% considerando edad, sexo y ocupación	34% salario base incrementada a partir de 500 cotizaciones. 10% por hijo menor, 20% gran invalidez.
Nicaragua	150 cotizaciones semanales en los últimos 6 años	Pérdida laboral del 67% (total) o 50% (parcial) considerando edad, sexo y ocupación	30% del salario base; 1.5% en exceso de 150 cotizaciones, 10% por esposa o hijo menor. Aumento a pensión total al inválido parcial o más de 60 años.

Invalidez.

Países	Calificación	Concepto	Pensión
Perú Obrero	200 cotizaciones semanales en los últimos 6 años	Pérdida laboral de los 2/3.	40% del salario base, 2% por cada 100 cotizaciones en exceso de las 200, 2% por hijo menor o inválido, o cónyuge mayor de 60 años.
Perú Empleado	36 cotizaciones mensuales 18 en los 36 meses ante- riores a la invalidez.	Pérdida laboral de los 2/3 considerando edad- sexo y ocupación.	50% del salario base mensual más 1/2% por cada 12 meses que excedan de 60 y 5% por hijo menor o inválido.
Rep. Dominicana	250% cotizaciones semana- les	Pérdida laboral de los 2/3 considerando edad, - sexo y ocupación	40% del salario base de los 2 últimos años, 2% por cada 100 cotizaciones -- que excedan de 200 y 5% por cónyuge, hijo menor o padres mayores de 60 año
Venezuela	250 semanas cotizadas, Ho- menos de 100 semanas en los 3 últimos años.	Pérdida laboral de los 2/3	50% del salario base más el 30% del salario de referencia.

Países	Calificación	Edad	Pensión
Eolivia	180 cotizaciones mensuales	55 años hombre y 50 mujer Reducción de 5 años en los trabajos mineros.	Igual a invalidez.
Colombia	500 cotizaciones semanales en los últimos 20 años, 100 en cualquier tiempo.	60 años hombre 55 mujer	Igual a invalidez
Costa Rica	120 cotizaciones mensuales	65 años o 60 con pensión reducida.	Igual a invalidez.
Chile	800 o 500 cotizaciones semanales según sea hombre o mujer	65 años hombre, 60 mujer, 5 años menos en trabajos pesados y 10 en minas y fundiciones.	50% del salario base, 1% por cada 50 semanas cotizadas en exceso de 500. Mujeres 52 semanas más por hijo y 104 si son viudas Aumentado si el pensionado sigue trabajando o cotizando.
Ecuador	360 cotizaciones mensuales reduciéndose según aumenta la edad requerida.	55 años.	Igual a invalidez mejorada hasta el 85.25% si se tienen 35 cotizaciones anuales, 100% si se tienen 40.
México	500 cotizaciones semanales	65 años	Igual a invalidez.
Nicaragua	750 cotizaciones semanales	60 años o 55 en labores prolongadas mineras.	Igual a invalidez mejorada cuando se tienen 65 años y se sigue trabajando.
Perú	1560 cotizaciones semanales 52 cotizaciones semanales.	60 años	80% del salario base 1/30 de la tasa total de la pensión de jubilación.
Obrero			
Empleado	180 cotizaciones semanales	60 años hombre y 55 mujer	Igual a invalidez, mejorada en un 2% cuando no pasa de los 60 años y se sigue trabajando.
Rep. Dominicana	800 cotizaciones semanales	60 años	Igual invalidez.
Venezuela	750 semanas cotizadas	60 años hombre y 55 mujer	Igual invalidez.

Países	Calificación	Viudez	Orfandad	Derechohabientes
Bolivia	180 cotizaciones mensuales.	40% de la pensión de invalidez-vejez a -- viuda o viudo inválido o mayor de 55 años	20% de la pensión de invalidez-vejez.	Padre mayor 65 años, madre mayor 60 o invalidez 25% de la pensión de invalidez-vejez; 10% hermanos menores, 50% por necesidad asistencia consiguiente.
Colombia	500 cotizaciones semanales en 20 últimos años, -- 1.000 en cualquier tiempo.	50% de la pensión de invalidez-vejez	20% de la pensión de invalidez-vejez, 30% si falta padre y madre hasta 14 años, 18 si estudia, sin límite de edad al inválido	Ascendientes 20% de la pensión de invalidez-vejez.
Costa Rica	36 cotizaciones mensuales	40% de la pensión de invalidez-vejez, viuda o viudo inválido.	20% de la pensión de invalidez-vejez hasta 18 años sin límite si es inválido 40% si falta padre y madre.	Ascendientes 20% de la pensión de invalidez-vejez.
Chile	50% cotizaciones semanales sin densidad a partir 400 cotizaciones.	50% de la pensión de invalidez-vejez a -- viuda o viudo inválido.	20% del salario promedio general de pensión.	
Ecuador	5 cotizaciones anuales.	40% de la pensión de invalidez-vejez a -- viuda o viudo inválido.	20% de la pensión de invalidez-vejez hasta 18 años 25 si estudia, sin límite de edad al inválido.	Ascendientes 20% de la pensión de invalidez-vejez.
México	150 cotizaciones semanales.	50% de la pensión de invalidez-vejez a -- viuda o viudo inválido.	20% de la pensión de invalidez-vejez hasta 16 años o 25 si estudia.	Ascendientes 20% de la pensión de invalidez-vejez.

Pensiones

Países	Calificación	Viudez	Orfandad	Derechohabientes
Nicaragua	150 cotizaciones semanales.	50% de la pensión de invalidez-vejez por 2 años sin límite si la viuda es mayor de 45 años o inválida.	25% de la pensión de invalidez-vejez 50% si falta padre y madre.	Ascendientes-25% de la pensión de invalidez-vejez.
Perú Obrero	100 Cotizaciones semanales.	50% de la pensión de invalidez-vejez.	20% de la pensión de invalidez-vejez, 40% si falta padre y madre.	
Perú Empleado	180 cotizaciones mensuales.	40% de la pensión de invalidez-vejez.	20% de la pensión de invalidez-vejez 30% si falta padre y madre.	
Rep. Dominicana	20 cotizaciones	Capital del 33% del último salario anual a repartir con hijos y a falta ascendientes mayores de 60 años o inválidos.		
Venezuela	750 semanas de cotizaciones	Viuda 40% si corresponde a un solo sobreviviente	Se aumenta en 20% hasta 100% por cada otro beneficiario.	

Países	Enfermedades comprendidas	Atención Médica	Subsidio.
Bolivia	Lista limitada en el Código de Tra- bajo.	Protésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación	Según incapacidad.
Colombia	Lista limitativa determinada en Re- glamento según disposición de la - Ley del Seguro Social.	Protésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación.	Según incapacidad.
Costa Rica	Régimen individualizado.		
Chile	Régimen individualizado.		
Ecuador	Lista limitativa dentro del régimen del seguro social.	Protésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación.	Según incapacidad.
El Salvador	Definición en el Reglamento del Se- guro Social.	Protésica y ortopédica Prevención-Rehabilitación.	Según incapacidad.
Guatemala	Lista limitativa determinada en el Reglamento según disposición de la Ley del Seguro Social.	Protésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación	Según incapacidad.
México	Lista enunciativa determinada en - la Ley Federal del Trabajo.	Protésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación.	Según incapacidad.
Nicaragua	Lista limitativa en el Reglamento General de Seguridad Social.	Protésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación	Según incapacidad.
Perú Obrero Perú Emplado	Régimen individualizado Protección en especie y en dinero en el daño ocasionado en el empleo a cargo de las ramas de enfermedad y pensiones.		

Enfermedades Profesionales

Países	Enfermedades comprendidas	Atención Médica	Subsidio.
República Dominicana	Como accidente		
Venezuela	Lista limitativa determinada en la Ley del Trabajo.	Pretésica-Ortopédica Prevención-Rehabilitación.	Según incapacidad.

Accidentes del Trabajo.

Países	Incapacidad temporal	Incapacidad permanente parcial	Incapacidad permanente total.
Bolivia	100% del salario mínimo más 70% del excedente del salario base sobre el salario mínimo durante 52 semanas.	Renta según la de incapacidad permanente total en proporción establecida en Lista Valorativa del Código de Seguridad Social.	100% del salario mínimo más 30% del excedente del salario base sobre el salario mínimo.
Colombia	100% del salario base hasta 6 meses y a partir de ellos 66%.	Según Tabla de Valuación del seguro social que va del 60% al 70% y al 85% del salario base en caso de gran invalidez.	Según incapacidad fijada en Tabla del Seguro Social para invalidez hasta el 80% del salario base.
Ecuador	75% del salario base en las 10 primeras semanas y del 66% en adelante hasta 1 año.	Igual a la incapacidad permanente hasta que dure la invalidez.	Según incapacidad fijada en Tabla del Seguro Social para invalidez hasta el 80% del salario base.
El Salvador	75% del salario base hasta 60 días y después 40% hasta 52 semanas.	Según incapacidad fijada en Tabla del Seguro Social.	60% del salario base más 50% por gran invalidez.
Guatemala	2/3 del salario base	Igual a la incapacidad permanente total.	A más del subsidio por incapacidad temporal su mes de 900 a 1500 o según Tabla de Valuación del régimen del Seguro Social.
México	100% del salario base hasta 72 semanas	Según Tabla de Valuación fijada en la Ley Federal del Trabajo.	Según salario base fijado en la Ley del Seguro Social.
Nicaragua	60% del salario base hasta 52 semanas.	Según monto de la incapacidad total multiplicada por grado de incapacidad fijado en Tabla del Código del Trabajo.	60% del salario base.

Países	Incapacidad temporal	Incapacidad permanente parcial	Incapacidad permanente total
Perú	Régimen individualizado		
Obrero			
Perú	Prestaciones en dinero y asistencia médica por daño originado en el empleo concedidas por la rama de enfermedad y de pensiones.		
Empleado			
Rep. Dominicana	50% del salario base hasta 80 semanas	50% del salario base según dura- ción fijada en Tabla de la Ley de accidentes del Trabajo.	50% del salario ba- se hasta 100 sema- nas
Venezuela	2/3 del salario base hasta 52 semanas	Con más de un 5% de incapacidad indemnización variable según -- grado de invalidez.	2/3 del salario ba- se más un 50% por

(1) Atención médica igual a enfermedad profesional.

Países	Viudez	Orfandad	Derechohabientes	Funeral
Bolivia	40% de la pensión que había obtenido el causante o viuda o viudo inválido mayor de 55 años.	20% hasta los 16 años, 18 si estudian, sin límite de edad si son inválidos	25% al padre con 55 años, madre con 50 años o si son inválidos, 10% hermanos a cargo en igual -- condición que los -- hijos 50% por asistancia constante.	De 2 a 3 meses de salario base
Colombia	25% del salario base, 30% si existe invalidez a la viuda o viudo.	15% del salario base hasta 16 años, 18 si estudian sin límite de edad si son inválidos, 25% si falta padre y madre.		Un mes de salario base con mínimo de 300\$
Ecuador	Según coeficientes fijados por la institución del seguro social.	Según coeficientes fijados por la institución del seguro social.		Suma según salario base.
El Salvador	Cónyuge e hijos menores de 16 años, 18 si estudian pensión calculada sobre la de invalidez-vejez en proporción de un beneficiario 40%, dos 60%, tres 80%, cuatro o más 100% cuantías repartidas por igual entre el número de beneficiarios salvo concurren cónyuge e hijos en cuyo caso corresponde el 40% al cónyuge y el resto por partes iguales a los hijos.			150 colones.
Guatemala	Tercera parte de la unidad de beneficios pecuniarios a cada uno de los beneficiarios, 60% monto elevado al doble cuando no quede más que un beneficiario. Beneficiarios: esposa, viudo dependiente, hijos menores de 15 años, 18 si estudian y sin límite de edad si son inválidos, padres mayores de 60 años o incapacitados.			
México	30% de la pensión de incapacidad total a viuda o viudo inválido.	20% de la pensión de incapacidad total hasta 16 años, 25 si estudian, 30% si falta padre y madre.	20% de la pensión de incapacidad total ascendientes.	Un mes de salario con mínimo de 500 pesos.

Países	Viudez	Orfandad	Derechohabientes	Funeral
Nicaragua	50% de la pensión de incapacidad total a viuda o viudo inválido.	25% de la pensión de incapacidad total hasta 16 años 25 si estudian, sin límite de edad si son inválidos, 50% si falta padre y madre.	25% de la pensión de incapacidad total as- cendientes y otras - personas a cargo.	De 600 a 2.000 córdobas.
Perú	Prestaciones por daño originado en el empleo a cargo de la rama de pensiones.			
Empleado				
República Dominicana	50% del salario que según sumas de la Tabla de la Ley de Accidentes del Trabajo y que va de 80 a 150 P.D. a cónyuge, hijos, ascendientes y descendientes dependientes económicos del asegurado fallecido.			40 P.D.
Venezuela	25% del salario base a - viuda o viudo, 30% si son inválidos.	15% del salario base hasta 15 años, 18 si estudian sin límite de edad si son inválidos, 25% si falta padre y madre.	20% ascendientes a cargo o inválidos, - 15% hermanos menores a cargo.	300 Bs.

11.- CONCLUSIONES.

De acuerdo con el estudio anterior, necesariamente resumido por la amplitud del tema, hemos llegado a las conclusiones que enumeramos seguidamente en relación con el estado legal actual de los seguros sociales en Hispanoamérica;

I. Los seguros sociales hispanoamericanos tienen actualmente una fisonomía propia legal. Las nuevas normas positivas se dictan teniendo en cuenta los factores sociales y económicos propios de los países, quedando así definitivamente descartadas las etapas anteriores en que las leyes eran traducidas de cuerpos legales de otros países que no tenían ninguna semejanza con los hispanoamericanos.

II. Los estudios necesarios para elaborar esta legislación autónoma ha hecho aparecer un numeroso cuadro de técnicos hispanoamericanos expertos en la solución de los propios problemas de seguros sociales creándose al mismo tiempo un intercambio de soluciones propias para estos problemas, entre los distintos países.

III. El derecho a la seguridad social es ya una de las garantías de la persona estatuida con carácter de fundamental en todas las constituciones de los países hispanoamericanos. A medida que aparecen textos constitucionales más modernos este derecho se reafirma con caracteres

más definidos, concretos, amplos y técnicos.

IV. En desarrollo de los textos constitucionales las leyes y decretos reglamentarios dictados, con estatutos muy completos de tal manera que ya ha aparecido un Código de Seguridad Social de Bolivia, de 1.956. Estas normas son completadas por Convenios Internacionales Multilaterales y Bilaterales y por las obligaciones nacidas de -- Convenios Colectivos de trabajo, la Jurisprudencia y el Mutualismo privado.

V. En el desarrollo total de las leyes por razón de las especiales condiciones geográficas, económicas, sociales y de posibilidades sanitarias es acogido totalmente el sistema de etapas según territorio, contingencias, grupos de población y calidad y cantidad de las prestaciones. El sistema de etapas que en un principio no tuvo una ordenación planificada, ya comienza con el apareamiento de los primeros planes (cuatrinales o quinquenales) en que combinándose los distintos factores se llega a un desarrollo total.

VI. La población indígena dentro de los grupos de población llamados a la afiliación que cada vez son más amplios, comienza a tener una atención especial por medio de soluciones especiales planadas en planes muy elaborados, como por ejemplo, los de Perú de 1.966 y México de 1.943 -- en los cuales se respeta la estructura social y laboral -- de los grupos indígenas y se los vincula a través de sus -- propias comunidades u organizaciones propias dándoles --

también un trato apropiado para los efectos de aportes y prestaciones.

VII. Los trabajadores agrícolas están obteniendo actualmente en la legislación nuevos estatutos especiales, a modo de ejemplo México, que incorporan estas grandes masas laborales tradicionalmente desamparadas, por medio de sistemas apropiados a la actividad agraria según donde generalmente la organización de diferentes sistemas según grandes cultivos (azúcar, café, plátanos). Los aportes se liquidan de acuerdo con el producto ya elaborado y según sus precios en el mercado.

VIII. Por razón de la organización tardía del Seguro Social en muchos países, los periodos de trabajo anteriores al nacimiento de la Previsión Social crea graves problemas ya que al no estar respaldados por aportes estos periodos, tampoco cuentan para efecto de jubilaciones y otras pensiones. Esta cuestión está siendo resuelta por las legislaciones al permitir el pago de aportes por estos tiempos anteriores al establecimiento del Seguro Social, pagos que se hacen en largos plazos e intereses bajos.

IX. En la financiación de los distintos sistemas de Seguridad Social se fija la triple contribución -- forzosa de empleadores, trabajadores y Estado. Sin embargo la cuota del Estado cada vez pierde más el carácter de

liquidable en porcentaje sobre salario para ser más bien - una contribución de monto único fijada en los presupuestos nacionales. La cuota de los empleadores sigue siendo única en las contingencias de accidentes de trabajo y asignaciones familiares; sin embargo se dan excepciones en aquellos regímenes en que no se hace diferencia entre accidente común o de trabajo, sino que se toma el accidente en general para efectos de la prestación y en estos casos paga el trabajador también por accidente de trabajo.

La mora o incumplimiento del Estado en el pago - de los aportes es un fenómeno casi general que ha retrasado la ampliación de los sistemas de seguros sociales.

X. El mejor recaudo y control de aportes ha hecho neces. reglamentaciones especiales con el fin de adaptar las técnicas administrativas actuales a los procedimientos mecanizados, de tal manera que algunas obligaciones tradicionales, como las de presentar mensualmente las planillas de trabajadores con sus liquidaciones sobre salarios para- aportes, van desapareciendo tomando a su cargo este tipo de trabajo la misma institución de Seguros, partiendo - de una primera planilla y ajustándola periódicamente con las novedades que comuniqua el empleador, el cual recibe mensualmente el importe que debe pagar al Seguro. Los - trabajadores reciben igualmente una tarjeta de servicios - en la cual va también su importe pagado por él.

XI.- El régimen financiero de capitalización ten en boga en los primeros estatutos, ha dejado el paso al de reparto atenuado con pequeñas reservas técnicas; este tránsito se ha debido principalmente al descalabro surgido por las inversiones de las reservas con la caída de las monedas y papeles de los Estados.

Las inversiones de las reservas en los países -- que continúan con un sistema de capitalización establecen legalmente por porcentajes fijos y rigurosos los distintos renglones en que deben ser utilizadas las reservas. El -- gran porcentaje de estas utilizaciones va hacia instalaciones sanitarias, viviendas y planes de servicio público, como acueductos, energía eléctrica, hoteles.

XII. La gestión administrativa se ha generalizado por entes paraestatales autónomos, con personería jurídica propia y patrimonio distinto de los bienes del Estado. Salvo el Instituto Venezolano de Seguros Sociales que fué intervenido por el Estado hace cinco años, y que ahora goza de plena autonomía, el cuadro general de organizaciones -- autónomas solo tiene la excepción del régimen cubano, en -- donde se pasó de la autonomía a la gestión estatal directa por administración del Ministerio de Trabajo.

XIII. La unificación de la administración es otra constante legal en entes seguros sociales; desaparecen por momentáneamente Cajas e Institutos de tipo profesional para -- dar paso a grandes entes gestores que administran en general todo un sistema nacional.

XIV. La participación de los sectores es cada vez más amplia y directa. Los representantes de trabajadores, empleadores y personal científico en las directivas se hace por las entidades o sindicatos más representativos de cada sector o en algunos casos elegidos popularmente por los interesados como en el caso de los representantes de los pensionados.

XV. Las prestaciones sanitarias son quizá las que más fisonomía propia tienen en el cuadro general de beneficios de los seguros sociales hispanoamericanos. Esto se debe a los distintos factores de que hemos hablado repetidamente: geográficos, demográficos, de morbilidad, natalidad y de posibilidades sanitarias (personal médico, hospitales, etc.). Las prestaciones sanitarias que más se han desarrollado son las curativas y comienza a haber en todos los países planes de medicina preventiva y rehabilitadora amplios, según las experiencias de otros países -- que los implantaron desde años atrás con éxito.

XVI. Las prestaciones económicas correspondientes a los seguros de invalidez, vejez y muerte fueron las que se implantaron con más rapidez. Estas prestaciones en cuanto al seguro de paro no existen sino como pequeño ensayo en muy pocos países, Uruguay, Chile y Ecuador, ya -- que hasta ahora comienza a prestarse el paro como fenómeno social y laboral en hispanoamérica.

XVII. Las asignaciones familiares como régimen contributivo es el último aparecido y muy pocos países, - Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Uruguay y Argentina lo han establecido. Su campo de aplicación es restringido - ya que solo se aplica a los trabajadores de pequeños y - medianos salarios. Se pagan beneficios por esposas e hijos sin que se haya ampliado a otras personas a cargo.

Finalmente, se puede afirmar que no existe ni en teoría ni en la práctica ningún sistema que pueda calificarse de total. Ya vimos como ningún país cubre todas las contingencias ya que, por ejemplo Chile y Ecuador que son los que más seguros tienen, no incluyen accidentes de trabajo, el primero, y asignaciones familiares, - el segundo. Tampoco ninguna contingencia es cubierta en todos los países; así, por ejemplo, enfermedad no lo es ni en Argentina ni en Guatemala y solo en principio en - Uruguay; accidente ya vimos que no lo es, por ejemplo, - en Chile; invalidez, vejez y muerte no están cubiertos - en Guatemala, el Salvador ni Honduras; asignaciones familiares solo en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay, en el resto de los países no lo están; pero, solo en Ecuador, Chile, Uruguay, Argentina y en el - resto de los países este seguro no existe.

No puede afirmarse si son más protegidas las - contingencias de salud que las económicas o sea, si se - marca una preferencia por enfermedad, maternidad y accidentes que por invalidez, vejez, muerte, paro o asignaciones

familiares. El hecho es que los menos acogidos son los - seguros de cesantía involuntaria y asignaciones familiares. Quizá tienen más protección los seguros de salud pero sin que se marque una decidida preferencia por este - aspecto.

Para lograr una cobertura total de contingencias, población activa y totalidad de territorio, es necesario hacer grandes esfuerzos en muchos órdenes ya que, como hemos repetido multitud de veces, la especial conformación geográfica, económica, demográfica y cultural de nuestros países frena, en gran manera, los intentos - de conseguir el desarrollo de un sistema de seguro social integral.

Sin embargo como estudiamos en el texto de esta tesis, el camino para este logro es la planificación. Marcar etapas anuales dentro de un gran programa de diez o más años que pueda desarrollarse "sin pausas y sin prisas". Estos planes deben coordinarse como lo ha pedido la OEA en su reunión de 1.966 con los Planes Generales de - desarrollo económico y social de tipo nacional. Mencionamos en el texto el plan parcial cuatrienal de Nicaragua, de 1.965, que ha venido desarrollándose cumplidamente. E igualmente el plan cuatrienal de desarrollo parcial presentado por la OIBS al Cuarto Congreso Iberoamericano de Seguridad Social de Bogotá, en 1.964.

Aunque lo logrado hasta ahora es mínimo en relación con la totalidad del problema ya que, por ejemplo, - puede decirse que solo un 15% de la población activa de - hispanoamérica está protegida por el Seguro Social, indícase que se eleva, como Chile, Uruguay, Argentina y Ecuador y que baja en los demás, sin embargo, lo logrado implica un esfuerzo muy importante.

Varios aspectos podemos señalar como positivos - en lo logrado hasta ahora. Primero, se ha conseguido - crear una conciencia sobre la necesidad y justicia de la - prestación del seguro social. En hispanoamérica no existió un antecedente mutua de tipo privado que realizara - esta tarea. La resistencia de los sectores laborales, de - empleadores, médicos y hasta del mismo Estado, fué enorme; hoy puede decirse que esta batalla está ganada, ya nadie discute ni la bondad ni la necesidad del seguro social. - Segundo, que la tarea está comenzada en todos los países - y aunque se producen estancamientos no hay retrocesos y - la presión nacional y sobre todo la internacional, es enorme para que se avance en la afiliación de más sectores, - se den más completas prestaciones, se incluyan nuevos territorios y se completen los cuadros de contingencias. La verdad es que permanentemente se va avanzando lentamente en unos y otros países para uno u otro de los aspectos anteriores. Tercero, el Estado y las entidades nacionales e - internacionales de tipo económico, toman ahora cuenta cuenta del seguro social en sus planes de desarrollo económico y social para los países.

Dentro de este orden de ideas, el porvenir del Seguro Social en hispanoamerica es muy halagüeño. En esto como en muchas otras tareas lo importante es romper la -- inercia, el punto muerto y esto ya se ha conseguido. Creando la mentalidad de previsión social, los mismos sectores principalmente los de trabajadores, se encargan y se encargarán de presionar para lograr un total desarrollo contando con la necesaria dirección de técnicos, que, como -- dijimos, ya existen propios en hispanoamerica, y la colaboración de otros países y de entidades internacionales.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO OLEA, Manuel.- INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.
Madrid, 1.959

ALONSO OLEA, Manuel.- INTRODUCCION AL DERECHO DEL TRABAJO.
Madrid, 1963.

ALONSO OLEA, Manuel.- LA POLITICA DE SEGURIDAD SOCIAL.
Bilbao, 1966

ARELLANO, R.V.- LOS DERECHOS DE IGUALDAD Y LOS DERECHOS SOCIA-
LES EN EL DERECHO CONSTITUCIONAL AMERICANO COM-
PARADO.
Santiago de Chile, 1.963.

AMAYA BARRIOS, G.- DESARROLLOS RECIENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL
(1.960-63) C.I.S.S.
México, 1.966.

ARCE CANO, G.- LOS SEGUROS SOCIALES EN MEXICO.
México, 1944.

Asociación Internacional de la Seguridad Social.- PROBLEMAS TEC-
NICOS RELATIVOS A LA ADMINISTRACION DE LOS REGIME-
NES DE SEGURIDAD SOCIAL.
Ginebra, 1961.

ALONSO GARCIA, M.- CURSO DE DERECHO DEL TRABAJO.
Barcelona, 1.960

BAYON CHACON, Gaspar y PEREZ DOTIJA, Eugenio.- MANUAL DE DERECHO
DEL TRABAJO.
Madrid, 1962.

BAYON CHACON, Gaspar.- EL PRINCIPIO DE COMUNIDAD EN LA SEGUI-
DAD SOCIAL.
Madrid, 1964.

MAYOR CHACON, Gaspar.- LA AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD EN EL DERECHO DE TRABAJO.

Madrid, 1955

BORRAJO DACRUZ, Efrén.- ESTUDIOS JURIDICOS DE PREVISION SOCIAL.
Madrid, 1962.

BORRAJO DACRUZ, Efrén.- LOS SUPUESTOS IDEOLOGICOS DEL DERECHO DEL TRABAJO.

Valencia, 1962.

BAEZ PONCE DE LEON, A.- SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA.
Argentina, 1959.

BENITEZ DE LUGO, F.- LEGISLACION COMPARADA DE SEGUROS.
Madrid, 1942

BERNALDO DE QUIROS, J.- EL SEGURO SOCIAL EN IBEROAMERICA,
México, 1945.

BEVERIDGE, W.- LAS BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
México, 1944.

BEVERIDGE, W.- EL SEGURO SOCIAL Y SUS SERVICIOS CONEXOS.
México, 1946.

BIKKAL, D.- LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS PAISES ESCANDINAVOS.
Madrid, 1959.

BUSTOS, J.- LA SEGURIDAD SOCIAL. ESTUDIOS DE LA PREVISION SOCIAL EN CHILE, SUS RESULTADOS DESPUES DE DIEZ AÑOS DE APLICACION Y LAS REFORMAS QUE DEBEN INTRODUCIRSE.
Santiago, 1936.

Banco Interamericano de Desarrollo.- REFORMAS SOCIAL Y DESARROLLO RURAL EN AMERICA LATINA.
Washington, 1963.

BLANCO, J.E.- LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS.
REVISTA DE DERECHO DEL TRABAJO, n° 46.
Madrid, 1961.

RUSTOS F. Vizcarra, J. y de VIADO, M.- LA APLICACION DEL SEGURO SOCIAL A LOS TRABAJADORES AGRICOLAS, A LOS INDEPENDIENTES Y AL PERSONAL DOMESTICO. C.I.S.S.

Santiago de Chile, 1962.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social.- ORIENTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

México, 1963.

Comisión de Estudios de la Seguridad Social.- INFORME SOBRE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL CHILENA.

Santiago, 1.964.

CALDERA RODRIGUEZ, R.- DERECHO DEL TRABAJO.

Buenos Aires, 1.949.

CASTORENA, J.- TRATADO DE DERECHO OBRERO.

México, s/f.

CUERVA M. de la.- DERECHO MEXICANO DEL TRABAJO.

México, 1943

Comité Interamericano de Seguridad Social.- LEGISLACION COMPARADA DE LOS SEGUROS SOCIALES EN AMERICA LATINA.

México, 1.956.

Comité Interamericano de Seguridad Social.- MANUAL DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN AMERICA LATINA.

México 1948, 1950, 1956.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Declaración de México. "PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL AMERICANA". Instituto Mexicano del Seguro Social.

México, 1.960.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social.- METODOS DE PERCEPCION DE LAS COTIZACIONES DEL SEGURO SOCIAL EN LAS AMERICAS.

Ginebra, 1.952.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social.- SISTEMAS DE TABULACION MECANICA PARA LA FACTURACION Y RECAU-

DO DE CONTRIBUCIONES EN LA INSTITUCION DEL SEGURO
SOCIAL DE COLOMBIA.

Ginebra, 1.952.

C.R.A.S.S. PROBLEMAS QUE PLANTEA LA MECANIZACION EN LAS INSTI-
TUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL. C.I.S.S.- A.I.S.S.
1.964.

CLARKS, B.E. PROBLEMAS ACTUARIALES QUE PLANTEA LA ADAPTACION
AUTOMATICA DE LAS PRSTACIONES DE LA SEOURIDAD -
SOCIAL AL NIVEL DE LOS SALARIOS. A.I.S.S. 1964.

CONTRERAS L.E.- CAPITALIZACION O REPARTO EN LOS REGIMENES FI-
NANCIEROS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Guatemala, 1.959.

DEL PESO Y CALVO, Carlos.- REGULACION INTERNACIONAL DEL DERE-
CHO DEL TRABAJO.

Barcelona, 1.958.

DEL PESO Y CALVO, Carlos.- EL PUERO DEL TRABAJO Y LA SEGURIDAD
SOCIAL ESPAÑOLA.

Madrid, 1.961

DEL PESO Y CALVO, Carlos.- LA JURISPRUDENCIA COMO FUENTE DEL
DERECHO DEL TRABAJO.- Revista de Política Social.

Madrid, 1.964.

FERRARI, F.- LOS PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.- Facultad
de Derecho.

Montevideo, 1.955.

FIGUEROA RONAS, S.- APORTACION IBEROAMERICANA AL PROGRESO DE -
LA SEGURIDAD SOCIAL.- O.I.S.S.

Madrid, 1956.

FISHER, A.G.- PROGRESO ECONOMICO Y SEGURIDAD SOCIAL.- Fondo de
Cultura Económica.

México, 1949.

GASTE BERRIOS, A., SANTANA, J.- MANUAL DE SEGURIDAD SOCIAL.
Santiago de Chile, 1.949.

GARCIA CRUZ, M.- LA SEGURIDAD SOCIAL.
México, 1.955.

HERRERA GUTIERREZ, A.- Seguro Social Mexicano.
México, 1961.

Instituto Colombiano de Seguros Sociales.- ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS DE LOS SEGUROS SOCIALES EN COLOMBIA.
Bogotá, 1.953.

Instituto Internacional de Estudios Laborales.- PROBLEMAS DEL DESEMPLEO EN EL DESARROLLO ECONOMICO.
Ginebra, 1964.

IPIÑA, R. y BEJAR ALAMO, J.- CAUSAS DEL DESEQUILIBRIO FINANCIERO EN LA SEGURIDAD SOCIAL.- O.I.S.S.
Madrid, 1955.

JORDANA DE POZAS, L.- LOS SEGUROS SOCIALES EN EUROPA.
Madrid, 1958.

MARTI RUFILL, C.- DERECHO DE SEGURIDAD SOCIAL, LAS PRESTACIONES.
Madrid, 1964.

Ministerio de Bienestar Social.- ASISTENCIA SOCIAL EN CUBA.
La Habana, 1960.

MOLES, R.- HISTORIA DE LA PREVISION SOCIAL EN HISPANOAMERICA.
Buenos Aires, 1962.

Ministerio de Pensiones y del Seguro Nacional de la Gran Bretaña.- Registro e identificación de los asegurados; recaudación de las cotizaciones del Seguro Social. (CIS3-A198).
México, 1963.

MERA MANZANO, R.- ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES. Instituto de Cultura Hispánica.
Madrid, 1957.

MIRANDA, F.- REFORMAS Y TENDENCIAS CONSTITUCIONALES RECIENTES.
Instituto de Derecho comparado. México, 1.957

**Oficina Internacional del Trabajo.- SEGURIDAD SOCIAL EN LOS -
PAISES AMERICANOS.**

Montreal, 1946.

**Organización de los Estados Americanos.- PROBLEMAS DEL SEGURO
SOCIAL EN AMERICA.**

Washington, 1.959.

**Oficina Internacional del Trabajo.- INFORME AL GOBIERNO DE LA
REPUBLICA ORIENTAL DE URUGUAY SOBRE SEGURIDAD SOCIAL.**

Ginebra, 1964.

**Oficina Internacional del Trabajo.- INFORME AL GOBIERNO DE
CUBA SOBRE LA LEY DE SEGURIDAD SOCIAL DE 1.963.**

Ginebra, 1963.

**Oficina Internacional del Trabajo.- LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA
AGRICULTURA. C.I.S.S.**

México, 1960.

**Oficina Iberoamericana de Seguridad Social.- CURSO DE RACIONA-
LIZACION Y MECANIZACION DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
DEL SEGURO SOCIAL.**

Madrid, 1956.

**Organización de los Estados Americanos.- SEGURIDAD SOCIAL Y -
DESARROLLO ECONOMICO.**

Washington, 1960.

**Organización de los Estados Americanos.- PLANIFICACION Y DESARRO-
LLO ECONOMICO Y SOCIAL EN LA AMERICA LATINA.**

Washington, 1.961.

**Organización de los Estados Americanos.- INTEGRACION ECONOMICA
DE LA AMERICA LATINA.**

Washington, 1.961.

**Oficina Internacional del Trabajo.- CODIGO INTERNACIONAL DEL
TRABAJO, 1.955 (dos volúmenes)**

Ginebra, 1957.

**Oficina Internacional del Trabajo.- RECIPROCIDAD DE TRATO EN
LOS PAISES AMERICANOS EN MATERIA DE LA SEGURIDAD SO-
CIAL.**

México, 1.964.

**Organización de los Estados Unidos.- SINTESIS DE LA SEGURIDAD
SOCIAL AMERICANA.**

Washington, 1.961.

**Organización Iberoamericana de Seguridad Social.- MONOGRAFIAS
NACIONALES SOBRE SEGURIDAD SOCIAL (18 países)**

**PEREZ BOTIJA, E.- EL REGIMEN CONTENCIOSO DE LOS SEGUROS SOCIA-
LES.**

Madrid, 1.944.

PEREZ BOTIJA, E.- LA SEGURIDAD SOCIAL COMO SERVICIO PUBLICO.

Madrid, 1954.

PEREZ BOTIJA, E.- TERMINOLOGIA DE SEGURIDAD SOCIAL.

Madrid, 1962.

**PINTO DE MOUNA, G.Q.- LA ORGANIZACION FINANCIERA DE LAS INSTI-
TUCIONES AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL. C.R.A.S.S.**

México, 1.964.

**REYES HERODES, J.- TECNICAS PARA LA APLICACION DE LA SEGURIDAD
SOCIAL A LA POBLACION RURAL.- C.I.S.S., 1964.**

REVOLLO GONZALEZ, A.- SUBSIDIOS FAMILIARES. C.I.S.S.

Madrid, 1.964.

**SPICAR, B.- PROCEDIMIENTO DE APELACIONES EN LA SEGURIDAD SOCIAL.
A.I.S.S. 1.964.**

**STOLT, E.- LOS ASPECTOS JURIDICOS, FINANCIEROS Y ADMINISTRATI-
VOS DE LA GESTION DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR LAS MU-
TUALIDADES. A.I.S.S.- 1964.**

TIJERINO MEDRANO, J.A.- EL SEGURO SOCIAL DE NICARAGUA.

Managua, 1.958.

MASLANDER, H.B.J. y BRAVO ESPEJO, A.L. y H.O.- ENFERMEDADES PROFESIONALES; A) Aspectos administrativos. B) Aspectos Médicos. A.I.S.S. 1.964.

ZELENKA, A.- PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL O.I.S.S.

Madrid, 1959.

ZELENKZA, A y DESCHAMPS, C.- LA INTRODUCCION DE LOS SEGUROS SOCIALES EN VENEZUELA.- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

Caracas, 1961.

ZAPATA, E.- EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN AMERICA LATINA. A.I.S.S. México, 1.956.

Textos legales y reglamentarios de los Seguros Sociales de los países Hispanoamericanos.

- - - - -